

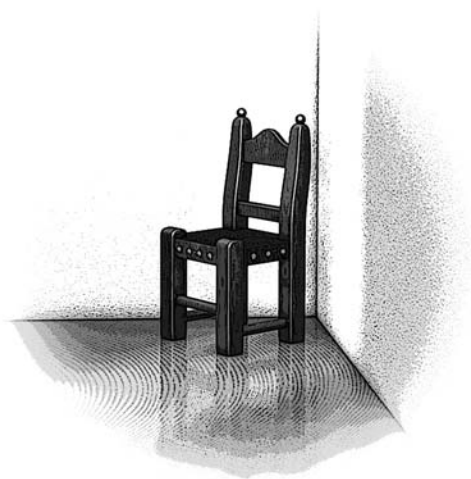
© Hurkoa Fundazioa, 2006
Paseo Arbol de Gernika, 16
20006 Donostia (Gipuzkoa)
Tel.: 943 46 89 56
Fax: 943 46 67 14
E-mail: idazkari@hurkoa.org

Depósito Legal: SS-229-06

Jose Luis de la Cuesta Arzamendi (ed.)

el **M**altrato de personas mayores

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN
DESDE UN PRISMA CRIMINOLÓGICO INTERDISCIPLINAR



Hurkoa Fundazioa

Instituto Vasco de Criminologia
Kriminologiaren Euskal Institutua

Índice

Presentación	7
El maltrato a los mayores. Algunas cuestiones generales	
Joaquín de Paul - José Luis Larrión	11
Maltrato Psicológico	
Blanca Morera.....	23
Incidencia y prevalencia del maltrato de los mayores	
María Teresa Bazo.....	39
Experiencias en relación con el maltrato y el abordaje desde las instituciones y entidades	
Ana Orbegozo Aranburu.....	61
Abordaje y tratamiento de situaciones de maltrato a personas mayores. La experiencia de Hurkoa	
Susana Montesino Sánchez.....	81
Perfil psicológico del maltratador	
Blanca Morera.....	89
Malos tratos a personas mayores: El rol del apoyo informal y sus posibilidades de intervención	
José Javier Yanguas Lezaun - Igone Etxeberria Arritxabal - Cristina Buiza Bueno - Nerea Galdona Erquizia - Mari Feli González Pérez	101
La responsabilidad penal del maltratador	
Virginia Mayordomo.....	133
El mayor como víctima. ¿Fin de un tabú?	
Robert Cario	147
El maltrato de personas mayores desde un prisma criminológico interdisciplinar: algunas conclusiones provisionales.	
José Luis de la Cuesta Arzamendi	197

Presentación

“No es posible seguir ignorando la amplitud y gravedad de las victimizaciones que sufren los mayores”, repite Robert Cario.

Estamos, en efecto, ante un gravísimo fenómeno que comenzó a detectarse ya hace más de tres décadas y que, en los países más desarrollados (principalmente a partir de la experiencia de los EE.UU. de América), a partir de los 80 se convierte en importante objeto de estudio.

Ciertamente, la fenomenología del maltrato en modo alguno es desconocida, aun cuando todavía se precise de mucha profundización e intervención de cara a su detección y prevención eficaces. No existen datos internacionales definitivos sobre su extensión y los que se ofrecen no pocas veces resultan difícilmente comparables, pero los estudios coinciden en la mayor frecuencia del maltrato psicológico o emocional, cuyas cifras vendrían a triplicar a las del maltrato físico.

El volumen que se presenta recoge las ponencias (actualizadas) presentadas en el Curso de Verano organizado conjuntamente por el Instituto Vasco de Criminología / Kriminologiaren Euskal Institutua y Hurkoa Fundazioa, bajo el título EL MALTRATO DE PERSONAS MAYORES. DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DESDE UN PRISMA CRIMINOLÓGICO INTERDISCIPLINAR.

El Curso, que tuve el honor de dirigir, se celebró del 15 al 17 de julio de 2004, en el marco de la XXIII edición de los Cursos de Verano de la UPV/EHU en San Sebastián, con arreglo al siguiente

PROGRAMA

15 de julio

- 9:00 h Entrega de documentación
- 9:15 h “El maltrato de mayores: delimitación conceptual”
JOAQUÍN DE PAUL. *Facultad de Psicología. UPV/EHU*
- 10:45 h “El maltrato psicológico”
BLANCA MORERA. *Médico psiquiatra. Comité de ética asistencial del Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.*
- 12:15 h “Incidencia y prevalencia del maltrato de los mayores”
M^a TERESA BAZO. *Facultad de CC. Económicas y Empresariales. Bilbao. UPV/EHU.*
- 13:30 h Sesión de síntesis

16 de julio

- 9:15 h “Instrumentos de detección del maltrato a personas mayores”
M^a TERESA BAZO. *Facultad de CC. Económicas y Empresariales. Bilbao. UPV/EHU.*
- 10:45 h “L’ainé victime: approche victimologique-El mayor víctima: enfoque victimológico”
ROBERT CARIO. *Universidad de Pau. Francia.*
- 12:15 h “Tratamiento del anciano maltratado”
JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN. *Instituto Gerontológico Matia. Director de I+D.*
- 13:30 h Sesión de síntesis
- 17:00 h **Mesa Redonda:** “Experiencias en relación con el maltrato y su abordaje desde las Instituciones y Entidades”
Moderadora:
ICIAR MAYOZ ECHANIZ. *E.U. de Enfermería. Donostia-San Sebastián. UPV/EHU.*
Intervinientes:
- EDUARDO CLAVÉ. *Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.*
 - SUSANA MONTESINO. *Abogada. Hurkoa Fundazioa. Donostia-San Sebastián.*
 - ANA ORBEGOZO. *Matia Fundazioa. Donostia-San Sebastián.*

- ARRITXU MANTEROLA. *Departamento para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa. Donostia-San Sebastián.*
- ALBERTO URIARTE MÉNDEZ. *Ingema. Donostia-San Sebastián.*

17 de julio

- 9:15 h “Perfil psicológico del maltratador”
BLANCA MORERA. *Médico psiquiatra. Comité de ética asistencial del Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.*
- 10:45 h “La responsabilidad penal del maltratador”
VIRGINIA MAYORDOMO. *Instituto Vasco de Criminología. Donostia-San Sebastián. UPV/EHU.*
- 12:15 h “El buen trato de los mayores:
romper el silencio y ayudar a los cuidadores”
ROBERT CARIO. *Universidad de Pau. Francia.*
- 13:30 h Sesión de síntesis

La publicación ha sido posible gracias a la ayuda recibida del Departamento para la Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, al que debemos dar las gracias no sólo por su colaboración decisiva en este proyecto, sino también, en general, por su apoyo a las actividades de Hurkoa Fundazioa.

Como Director del Curso mi agradecimiento especial a los ponentes, y a todos los intervinientes y asistentes, por su activa participación en las lecciones y debates, que resultaron del mayor interés.

Un reconocimiento especial merecen además el personal de Hurkoa y del Instituto Vasco de Criminología, por su apoyo en el desarrollo del Curso de Verano y para esta edición, así como la organización de los Cursos de Verano en San Sebastián, dirigida por Ricardo Echepare, la cual, con su conocida eficacia y buen hacer, contribuyó de manera especial al éxito del mismo.


Donostia-San Sebastián, 28 noviembre 2005

José Luis de la Cuesta Arzamendi

Director del IVAC / KREI
Presidente de HURKOA Fundazioa
Presidente de la Asociación Internacional de Derecho Penal



EL MALTRATO A LOS MAYORES. ALGUNAS CUESTIONES GENERALES

- 
- JOAQUÍN DE PAÚL
Prof. Titular de Psicología
Universidad San Pablo CEU. Madrid
 - JOSÉ LUIS LARRIÓN
Médico Geriatra
Hospital Público de Pamplona (Navarra)

Hace tres décadas que se inició en el ámbito pediátrico el estudio del maltrato físico a los niños. Durante este tiempo se han ido estudiando otras formas de malos tratos y se han ido analizando otro tipo de víctimas de la violencia por acción o por omisión dirigido a los miembros más vulnerables de nuestra sociedad. Las situaciones de maltrato a los mayores se incluyen, en el ámbito científico, dentro de lo que se considera como la Violencia Familiar. Se han ido encontrando datos que confirmaban, aunque sea parcialmente, el riesgo de transmisión intergeneracional del maltrato, el riesgo de violencia de pareja en familias con niños maltratados e incluso el riesgo de maltrato a los padres por parte de adolescentes que fueron maltratados de niños. En los últimos años, las situaciones de violencia entre las parejas están siendo objeto de amplia atención por parte de la sociedad en su conjunto, de los medios de comunicación y de los científicos y estudiosos de las relaciones familiares.

De manera muy limitada y tímida, a lo largo de la pasada década se ha empezado a tratar el tema del maltrato a los ancianos. O dicho de otra manera, se ha empezado a reconocer en el contexto científico internacional que los ancianos constituyen una población susceptible de recibir malos tratos.

La existencia de las situaciones de violencia a los mayores ya sea en la familia o sea en las instituciones de asistencia y atención provoca un fuerte choque en la población y en los profesionales. Es frecuente encontrar una cierta resistencia en su reconocimiento. Esta resistencia proviene del choque entre tales datos o sospechas y la representación social clásica de la familia y las instituciones como

“lugares” de protección. La selección y atención a los casos más severos, más dramáticos y la incorporación de los medios de comunicación más sensacionalistas sirve para no trastocar tanto dicha representación social y entender el maltrato a los ancianos como algo extraordinariamente anormal y alejado de la realidad cotidiana. Pero este tipo de deformaciones, exageraciones y presiones emocionales alrededor de los temas de la violencia o la desatención a los ancianos no ayudan en absoluto en el abordaje adecuado del problema y de las posibles causas o factores de riesgo que lo sustenten. Presentaremos algunas de las cuestiones que consideramos básicas y esenciales de ser tratadas en estas primeras fases de atención al problema de los ancianos maltratados.

Es imprescindible establecer acuerdos sobre la definición precisa del concepto de malos tratos a los ancianos, sobre los límites del mismo y sobre las tipologías en las que se concreta. En términos generales, este concepto suele referirse a aquellas situaciones no accidentales en las cuales un anciano sufre daños físicos, de privación de sus necesidades básicas o daño psíquico como resultado de un acto o una omisión por parte de quienes deben cuidarle¹. No obstante, cualquier definición de este tipo de problemas suele tener dificultades derivadas de una cierta vaguedad e imprecisión que deja poco claros los límites del concepto y suele presentar problemas de interpretación derivados de relativismos socioculturales y sesgos de tipo profesional y personal. Una forma de iniciar la resolución de este tipo de problemas está en el establecimiento de adecuadas tipologías del síndrome y en el intento de conceptualización y descripción de las mismas. En el caso del maltrato a los ancianos se suele diferenciar claramente entre el maltrato de tipo familiar y el de tipo institucional y, dentro de ellos, entre el maltrato de tipo activo y pasivo y el maltrato de tipo físico y psíquico. En la actualidad, a pesar de que no existe un consenso suficiente sobre las posibles definiciones de las diferentes situaciones en las que se producen malos tratos a los mayores, se tiende a asumir la existencia de una serie de tipologías, cuyas definiciones se presentan a continuación de manera indicativa. Resulta imprescindible que tanto los investigadores como los profesionales de atención directa se pongan de acuerdo en la utilización de un lenguaje común en este ámbito de trabajo de manera que se puedan compartir los datos necesarios en relación con la frecuencia y severidad del problema y que se puedan establecer intervenciones similares en situaciones semejantes. En ausencia de este logro, es de

¹ Milner JS, *Elder abuse and Neglect*. En: Ferraro KF, ed. *Gerontology: Perspectives and Issues*. New York. Springer. 1990.

importancia crítica que todos los profesionales e investigadores puntualicen la definición y tipología utilizada en cada trabajo². Las definiciones de maltrato a los mayores que se presentan a continuación pueden servir de ayuda en este objetivo.

Maltrato físico: Agresión física intencional (no accidental) realizada contra una persona anciana que le produce daños o que en casos extremos provoca desfiguración y/o la muerte³. Existen discrepancias sobre la conveniencia de incluir en este subtipo los actos de abuso sexual⁴.

Maltrato psicológico (o emocional): Promoción intencional de condiciones que producen malestar mental o emocional en el anciano: agresiones verbales, amenazas, intimidación, humillación, ridiculización y cualquier otra conducta degradante⁵. Se suele exigir como condición la existencia de un cierto esfuerzo crónico y sistemático para deshumanizar al anciano. Los casos aislados y no crónicos suelen suponer el efecto de crisis recientes, situaciones de estrés, etc.

Violación de los Derechos: Se incluye el confinamiento o cualquier otra interferencia con la libertad personal así como la explotación del anciano en sus recursos materiales y financieros. Hay autores que establecen una tipología específica y la denominan Explotación Financiera.

Abandono del anciano: El cuidador, intencionalmente o por descuido (no deliberado), no proporciona al anciano el cuidado o la supervisión necesarios y le expone a un cierto riesgo de daños físicos, mentales o emocionales. En su vertiente no intencional se puede deber a un conocimiento inadecuado, falta de habilidad, falta de recursos o falta de motivación. Se incluye Falta de Supervisión, Condiciones de Habitabilidad peligrosas, Nutrición inadecuada, Higiene inadecuada, Cuidados médicos inadecuados⁶. Se suele diferenciar el Abandono Pasivo del Abandono Activo. El primero supone situaciones en las que las necesidades del anciano son desconocidas o no son resueltas adecuadamente. Puede producirse porque el cui-

² Pillemer K, Suito JJ, *Elder Abuse*. En: Van Hasslet V B, Morrison RL, Bellack AS, Hersen M, eds. *Handbook of Family Violence*. New York. Plenum Press. 1988: 247-269.

³ Milner JS, *Elder abuse and Neglect*. En: Ferraro KF, ed. *Gerontology: Perspectives and Issues*. New York. Springer. 1990.

⁴ Giordano NH, Giordano JA, *Elder Abuse: A review of the literature*. Social Work 1984;3:232-235.

⁵ Milner JS, *Elder abuse and Neglect*. En: Ferraro KF, ed. *Gerontology: Perspectives and Issues*. New York. Springer. 1990.

⁶ Milner JS, *Elder abuse and Neglect*. En: Ferraro KF, ed. *Gerontology: Perspectives and Issues*. New York. Springer. 1990.

dador no tenga tiempo, energía, habilidades o recursos financieros para hacer frente a las necesidades del anciano. El de tipo activo supone un daño deliberado al bienestar del anciano al limitarle o negarle el acceso a las necesidades básicas.

Abuso sexual: Comisión de actos sexuales con una persona anciana sin que ella dé libremente su consentimiento⁷.

Autoabandono: Se trata de una categoría de reciente incorporación. Se refiere a las situaciones en las que una persona anciana, que vive sola, no mantiene adecuadas condiciones de vida y/o no mantiene un cuidado adecuado de su salud mental o física.

Frecuencia del maltrato a los mayores

En el ámbito internacional los conocimientos de tipo epidemiológico sobre el maltrato a los mayores son muy limitados. Existen muy pocos estudios y casi todos relativamente recientes que presentan datos dispares. La definición de maltrato utilizada, el tipo de muestra a la que se ha accedido y la amplitud de la misma justifican, entre otras razones, tal disparidad de datos. Pocos estudios o revisiones⁸ presentan datos mínimamente fiables, aunque diferentes, sobre el maltrato a los ancianos de tipo intra y extrafamiliar.

Se presume que entre un 2,5% y un 3,9% de los ancianos son maltratados en el seno de la familia. Con respecto a cada una de las tipologías, los datos varían en función del tipo de estudio realizado. Así, de entre los casos detectados y confirmados por los servicios sociales, un 90% lo son por abandono físico. Por contra, si la información proviene de encuestas dirigidas a la población general de ancianos, es el maltrato físico el predominante (64%). El Abuso sexual a ancianos representa, en cualquier tipo de trabajos, cifras no superiores al 2% del total de los casos de maltrato; entre un 20% y un 40% de los casos existentes sufren maltrato psicológico y entre un 12% y 18% sufren violación de los Derechos.

En el caso del maltrato institucional, el único trabajo relevante se basa en la infor-

⁷ Milner JS, *Elder abuse and Neglect*. En: Ferraro KF, ed. *Gerontology: Perspectives and Issues*. New York. Springer. 1990.

⁸ Milner JS, Gold RG, Relos R., *Epidemiologic characteristics of elder abuse and neglect*. Comunicación al Cuarto Congreso de Victimología. Tuscany, Italia, 1988. Pillemer K, Finkelhor D, *Causes of elder abuse: caregiver stress versus problem relatives*. *Am J Orthopsy*, 1989;59: 179-187. Pillemer K, Moore D W, *Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff*. *The Gerontologist*. 1989; 29:314-320.

mación que proporcionan los propios profesionales, referida tanto a los casos que han observado como a los que han cometido. Las limitaciones de este tipo de investigaciones son evidentes. Sin embargo, un 36% de los profesionales han observado casos de maltrato físico y un 10% confiesan haberlos cometido ellos mismos. En cuanto al maltrato de tipo psicológico, un 81% de los profesionales afirman haberlo observado y un 40% dicen haberlo cometido.

Es evidente la limitación extrema de los datos de prevalencia e incidencia a nivel internacional. En España hay escasa información sobre estudios con este objetivo y resulta importante tener en cuenta que pueden existir importantes dependientes del contexto cultural. Además, las diferencias en la metodología de este tipo de estudios pueden generar resultados diversos que deben ser analizados adecuadamente. Resulta claramente necesario el diseño y puesta en marcha de investigaciones de tipo epidemiológico que aborden de manera más rigurosa el estudio de la amplitud y distribución de este problema psicosocial.

Las causas o factores de riesgo del maltrato a los mayores

El desarrollo de modelos etiológicos del problema ha tenido un escaso desarrollo en el contexto internacional. Se hace preciso el desarrollo de teorías explicativas basadas en los conocimientos existentes sobre la violencia familiar y capaces de promover el diseño y puesta en marcha de investigaciones empíricas. Algunas de las hipótesis que pueden plantearse en relación a las posibles causas o factores de riesgo del maltrato a los mayores son las siguientes:

La historia de violencia en el ambiente familiar favorece la presencia de violencia con los ancianos ya sea ésta activa o pasiva.

Cualquier sujeto débil, dependiente, no capacitado para defenderse tiene más riesgo de sufrir malos tratos o negligencia.

Para que alguien maltrate a un anciano u otra persona, debe presentar algún tipo de déficit o alteración de tipo psicológico: deficiencias en su capacidad empática, en su capacidad de vinculación afectiva, escasa tolerancia a la frustración, inmadurez personal, etc.

El anciano tiene más posibilidades de convertirse en una fuente de demandas y exigencias de atención que genere un alto nivel de estrés. Hay generaciones de adultos que sufren este tipo de demandas de los ancianos en momentos evolutivos del ciclo familiar más críticos que otras familias.

Las dificultades de tipo económico, de habitabilidad del hogar, el mayor número de hijos de la familia, la ausencia de recursos de apoyo social, la presencia de pro-

blemas de alcoholismo o toxicomanías, etc. provocan un aumento del riesgo del maltrato a los ancianos.

En la actualidad, la mayoría de las hipótesis se basan en el sentido común y no tanto en modelos teóricos. Se supone que son víctimas más frecuentes las mujeres y las personas más ancianas y que el maltrato se presenta más frecuentemente en los niveles socioeconómicos y educativos más bajos. También se ha supuesto que son los hijos o hijas los responsables del maltrato. Sin embargo, los únicos datos existentes son contradictorios entre ellos mismos y con muchas hipótesis⁹. En cuanto a la relación con el agente activo o pasivo del maltrato puede resultar sorprendente el hecho de que sea más frecuente el esposo o esposa que los hijos. Pero tanto en ésta como en otras cuestiones es imprescindible la realización de investigaciones referidas a nuestro propio país. Las diferencias de tipo sociodemográfico y cultural pueden ser de gran importancia. Por poner un ejemplo, en el trabajo antes citado¹⁰, un 54% de los ancianos eran maltratados por sus parejas y un 24% por los hijos. Pero en U.S.A. es mucho más frecuente el que un anciano viva con sus pareja que con sus hijos. Cuando se respetan estos datos, se aprecia que en ambos tipos de situaciones, la prevalencia resulta similar (4.1% para los que viven con la pareja y 4.4% para los que viven con los hijos). Sería necesario que este dato y otros muchos fueran estudiados en España en relación con los patrones culturales existentes en cada uno de nuestros contextos representativos. Otro dato relevante de los estudios americanos que debe ser analizado en nuestro país, es el hecho de que los varones ancianos, proporcionalmente al número existente, duplican a las mujeres en cuanto a la tasa de malos tratos recibidos.

Con respecto al maltrato de tipo extrafamiliar o institucional a los ancianos, la situación es de una mayor limitación de conocimientos. Se supone que serían más frecuentes los malos tratos en instituciones pequeñas, privadas o baratas. Asimismo, se supone que los profesionales con mayor riesgo de maltratar serían aquellos con menor formación o menor experiencia. Datos americanos no extrapolables a nuestro país, no confirman ninguno de estos puntos. Sí parece ser más frecuente el maltrato entre quienes tienen una mayor insatisfacción profesional y entre aquellos con más situaciones estresantes personales y que perciben a los ancianos como perso-

⁹ Pillemer K, Finkelhor D, *Causes of elder abuse: caregiver stress versus problem relatives*. *Am J Orthopsych*, 1989;59: 179-187.

¹⁰ Pillemer K, Finkelhor D, *Causes of elder abuse: caregiver stress versus problem relatives*. *Am J Orthopsych*, 1989;59: 179-187.

nas más infantiles y necesitadas de disciplina [6]. Pero todos estos datos deben catalogarse como preliminares y necesitados de confirmación en futuras investigaciones en diferentes contextos culturales.

Intervención ante situaciones de maltrato a los ancianos

Existen pocos métodos formales estandarizados para la identificación del maltrato a los ancianos, lo que hace que se trate de un hecho primordialmente observacional: se trata de intentar hallar indicios y de detectar situaciones de riesgo. Para ello, y dado que el maltrato se conforma en el contexto de una familia, habrá que valorar conjuntamente a la presumible víctima, al perpetrador, al ambiente familiar y a la interacción entre ellos. Tal y como se ha expuesto anteriormente, no parece haber información suficiente que confirme plenamente los factores de vulnerabilidad en el propio anciano. Ello nos obliga a considerar a priori a todos los ancianos como potencialmente víctimas y no sólo a los más mayores, más discapacitados o más dependientes. De hecho, algunos autores sugieren la hipótesis inversa: sería la dependencia del perpetrador hacia la víctima la que más peso puede tener en la fenomenología del maltrato.

Desde el punto de vista del perpetrador, y tal y como parece desprenderse de los resultados de algunas investigaciones, los déficits intelectuales, adicción a drogas o problemas psiquiátricos constituyen un factor de riesgo que aumenta las posibilidades de maltrato. Asimismo, la incapacidad de adaptación al estrés social generado por aquellas demandas emocionales y físicas relacionadas con eventos extrafamiliares parece estar asociada a muchas situaciones de violencia.

Dentro de la propia familia, se mantiene una dinámica implícita e individualizada de relaciones de poder y de resolución de conflictos, así como una historia previa de convivencia que afectan a la calidad de las relaciones interpersonales allí existentes, así como a los mecanismos de respuesta ante situaciones estresantes: se sabe que los maltratadores comunican más eventos de este tipo que los no maltratadores pero, en contra de lo que anteriormente se pensaba, no parece que este estrés se derive de la carga que supone el cuidar al anciano sino de comportamientos psicopatológicos intrínsecos al propio cuidador.

Por todo ello, debemos tener en cuenta que (1) todos los ancianos son potenciales víctimas, (2) la tipología y características del perpetrador pueden ser base fundamental para la detección de situaciones de riesgo y (3) una evaluación que se precie sobre un supuesto caso de maltrato debe incluir, además de la víctima, al perpetrador y al ambiente familiar.

La cuestión clave radica en quién es, en cada caso, la fuente de identificación, detección y notificación de las situaciones de maltrato. Parece que no más del 6% de las denuncias de estos episodios provienen de los propios ancianos maltratados, por lo que, lógicamente, la responsabilidad de su detección debe recaer sobre agentes externos. Pero ello no quiere decir que los ancianos no se quejen, sino que lo hacen de una manera indirecta: depresión, regresión global, agitación, fugas, rechazo de la ingesta y mayor frecuentación de las consultas constituyen el espectro de manifestaciones de la angustia e insatisfacción generada por el clima de violencia familiar en el que se sienten inmersos.

Por último, no se puede olvidar que la detección de los casos de maltrato al anciano queda limitada por las propias características de los mismos. Se trata de actos emocionalmente cargados y protegidos por normas sociales que mantienen la privacidad de la familia. En este mismo sentido, la potencial fuente de detección estará influenciada por las normas y valores culturales imperantes en la sociedad, entre las que destaca el ageismo, con sus estereotipos negativos hacia el anciano y sus roles, así como ciertas actitudes de desprecio hacia la dependencia.

Los signos de maltrato, salvo excepciones y de manera aislada, no constituyen prueba elocuente del mismo, pero sí indicios que despiertan sospechas e inciten a una más profunda investigación. Es evidente que la presencia de lesiones por quemaduras de cigarrillos o por apaleamiento son claramente indicativas de maltrato físico. Pero, normalmente, el maltrato se suele presentar de manera más solapada: contusiones similares en varios estadios evolutivos y en lugares inexplicables pueden ser achacadas por el acompañante a algo tan frecuente en los ancianos como son las caídas. La discrepancia en cuanto a los datos entre varios familiares o la no concordancia temporal de la información, deben constituir índices de sospecha de maltrato. La presencia de úlceras por decúbito y más cuando sean desproporcionadas a los factores de riesgo del individuo, y su no mejoría tras haber iniciado un correcto tratamiento, pueden y deben ser índices cuando menos de sospecha de negligencia. Algo similar ocurre con la malnutrición y con la deshidratación. De cualquier manera, hay que ser especialmente cautos al realizar estas apreciaciones, ya que la mayoría de los ancianos discapacitados lo son por enfermedades crónicas en las que la caquexia constituye una parte del espectro de sus manifestaciones. Esta misma cautela se debe mantener con quienes incumplen con su medicación, que para algunos constituye un signo de abuso, dado que la mitad de la población lo hace. En ocasiones, se utiliza la negación de las enfermedades del anciano como mecanismo de defensa para no alterar la dinámica familiar. En otras, son las falsas creencias de que todo lo que ocurre a los ancianos es consecuencia propia del enve-


jecimiento y, por tanto, no susceptible de tratamiento lo que conlleva a un retraso o una no solicitud de atención médica; cuando ello supone riesgo físico para el anciano. Por último, la falta de higiene debe valorarse dentro del sistema de vida en el que la familia se mueve: una discordancia entre las características de la vivienda y de sus ocupantes con el grado de higiene y de confort al que se ve sometido el anciano, debe poner sobre aviso de que esa persona no está en las condiciones más adecuadas y, por tanto, puede ser objeto de maltrato.

Valorar el maltrato psicológico supone observar actitudes y relaciones entre cuidador y anciano. El lenguaje abusivo o de castigo, una actitud negativa y menospreciativa hacia la víctima con falta de contacto humano positivo, la ausencia de relación cálida de soporte y la alienación emocional o física, constituyen datos a reseñar. En conjunto, hay que intentar demostrar una relación causal entre comportamiento del cuidador y potencialidad de peligro físico o psicológico para el anciano. Y ello es así dado que el etiquetar un comportamiento como abusivo no tiene afán estadístico sino que indefectiblemente va unido a una intervención.

En conclusión, el maltrato a los ancianos es una realidad que parece afectar a un número importante de ellos, aunque los conocimientos existentes son, en conjunto, muy limitados. Es especialmente importante que se empiece a trabajar en este tema partiendo de una clara diferenciación de tipologías. Debe buscarse un acuerdo en las mismas y en los límites del concepto de cada una de ellas. Las investigaciones de tipo epidemiológico y de tipo etiológico no prosperarán de manera adecuada, como ha ocurrido en otros ámbitos de la violencia familiar, mientras no se trabaje más frecuentemente de manera focalizada en cada una de dichas tipologías. Se deben desarrollar trabajos de investigación epidemiológico y etiológicos más apoyados en entrevistas personales a los ancianos. Los registros de los casos existentes en los servicios sociales son de una gran limitación en las primeras fases de desarrollo de estos temas. Desde el punto de vista etiológico, debe iniciarse el estudio directo de los agentes activos o pasivos del maltrato. Es preciso que el tema de los malos tratos a los ancianos se aborde tanto a nivel nacional como internacional con los criterios de rigurosidad y precisión exigibles ante cualquier patología, en este caso con complejos componentes biopsicosociales.



MALTRATO PSICOLÓGICO



● BLANCA MORERA
Médico Psiquiatra
Clínica Quirón. Donostia-San Sebastián

Aspectos introductorios

La violencia familiar es un fenómeno ominoso, que pertenece a la parte más oscura de la naturaleza humana. La comprensión de cómo un ser humano puede convertirse en el agresor de aquellos que llama “los suyos” no resulta fácil, y no debe simplificarse. Los fenómenos de violencia intrafamiliar han permanecido ocultos o se han justificado, probablemente durante siglos, por razones complejas de índole cultural. El siglo XX trajo el reconocimiento de la gravedad del fenómeno y de la necesidad de restituir la dignidad como condición esencial de la humanidad, más allá del género y de la edad.

En este marco, conviene recordar tres obras que tuvieron la virtud de tratar valientemente, en un tiempo mucho más reticente a desvelar estos problemas que el actual, los aspectos claves de la violencia familiar: “THE BATTERED CHILD SYNDROME (El síndrome del niño maltratado)” (Kempe et al., 1962), que abordó el tema del maltrato infantil; “SCREAM QUIETLY OR THE NEIGHBOURS WILL HEAR (Grita bajo, los vecinos podrían oírte)” (Pizzey, 1974), obra pionera en el tratamiento del tema de la violencia en la pareja (descrita inicialmente de los varones a las mujeres), y “GRANNY BATTERING (Maltrato a los ancianos)” (Burston, 1975), que describió los fenómenos de maltrato con personas mayores.

Conviene considerar el hecho de que la sensibilidad hacia el posible daño en la infancia se produjo más precozmente (seguramente porque es un colectivo ante el

que la sociedad se moviliza emocionalmente con más facilidad), pero las publicaciones referidas al maltrato a mujeres (lo que hoy se conoce como violencia de género), y al maltrato a personas mayores, no distan excesivamente en el tiempo, pese a lo cual se hace necesario reconocer que esta última forma de maltrato no ha alcanzado la repercusión mediática y social que han tenido otras formas de violencia familiar hasta hace relativamente poco tiempo.

Afortunadamente, este fenómeno de olvido público no se ha reproducido en los organismos internacionales, que desde los años 80 vienen reflexionando sobre el tema y sumando declaraciones en las que se identifica el problema, cada vez con mayor contundencia. Podemos considerar que EEUU ha sido pionera en este tipo de análisis. En España, pese a la implicación de muchos profesionales —en especial la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, que ya en 1990 presentó una ponencia sobre el tema en el congreso nacional de la especialidad— no se produjo una declaración de consenso (La Declaración de Almería) hasta 1996. Estas demoras nos dan una idea de la dificultad para abordar con contundencia este problema.

Hoy podemos decir, sin embargo, que disponemos de múltiples referencias que parten de la declaración del Comité Nacional para la Prevención de Abuso al Anciano (EEUU, 1986), que implican a los profesionales sanitarios desde hace años (Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial, 1988), y que han propiciado la creación de una red internacional para la prevención del abuso y el maltrato en la vejez (INPEA 1997). Más recientemente, la OMS emitió la llamada Declaración de Toronto (2002), abundando en el mismo tema.

Todos los fenómenos de violencia familiar comparten algunas dificultades en cuanto a su estudio. La primera dificultad nace de la negativa inicial al reconocimiento. Como si de un solo individuo se tratase, la sociedad actúa en bloque ante la angustia que produce la aparente coexistencia amor-odio en el medio familiar, que cristaliza en la violencia contra los más débiles. Aplica en ello, expresándolo de una forma simple, un histórico mecanismo de defensa: la negación, esto es, “el problema no existe” o el problema “no es para tanto”. Junto a este obstáculo, otro seguramente mucho más relevante (especialmente porque la realidad se va imponiendo y la negación no puede soportar mucho tiempo la presión de los hechos): las dificultades de conceptualización, que impregnan casi todos los conflictos de índole interpersonal. No resulta fácil, dentro del fenómeno, clarificar algunos aspectos: ¿Qué se considera aceptable y qué inaceptable cuando se trata de las relaciones entre individuos? ¿Cuándo acaba la disciplina y empieza la violencia con los niños? ¿Es un empujón suficiente para hablar de maltrato? Si estas preguntas resultan difíciles en el marco del maltrato físico ¿qué podemos decir del maltrato no físico,

cuando no hay marcas que podamos ver, medir o fotografiar?

La delimitación de lo que se considera un maltrato, al menos en su núcleo duro (siempre existirán situaciones límite donde la calificación sea dudosa u opinable) resulta imprescindible si queremos investigar adecuadamente el fenómeno, conocer sus mecanismos de génesis y desarrollo, y establecer medidas de abordaje y prevención.

Junto a estos dos problemas una tercera dificultad: la reticencia a la denuncia del maltrato y, por tanto, la dificultad para la identificación del maltrato y de los maltratadores. Si ello es grave en todos los casos de violencia intrafamiliar, es aún más grave en aquellos casos en que existe una dependencia global de la víctima respecto al agresor, como ocurre en niños y personas mayores, y cuando su capacidad —no sólo psicológica, sino incluso física —para evitar el daño o para poner en conocimiento de terceros lo que está ocurriendo, está limitada o incluso anulada.

Todos estos hechos convierten la violencia doméstica, intrafamiliar, en un auténtico fenómeno iceberg, del que sabemos cada vez más pero todavía poco, y que refleja lo difícil que resulta desde la propia sociedad entrar en la esfera de lo privado y la enorme complejidad que alcanza el fenómeno relacional cuando las relaciones tienen una gran carga afectiva o emocional.

Si el maltrato en sí mismo se identifica como un fenómeno intrincado, con dificultades de delimitación y abordaje, el grado de complejidad del problema se incrementa notablemente cuando hablamos de maltrato psicológico, de maltrato no-físico. Como en el resto de casos, en este tipo de maltrato la violencia tiene lugar en un ámbito privado (no público), pero a diferencia de lo que ocurre en el maltrato físico, el psicológico no produce lesiones físicas objetivas que faciliten su sospecha. La situación resulta aún más difícil de identificar cuando la víctima es una persona mayor, a menudo con patología física y psíquica, con deterioro cognitivo o con un grado de dependencia, que cercenan toda posibilidad de señalar a quien le agrede. En muchos casos, la propia persona mayor es ajena al daño que se le causa por razones de diferente índole, que tendremos ocasión de analizar.

Es por ello que a la hora de recorrer el arduo camino de tomar un primer contacto con el fenómeno del maltrato conviene repasar algunos elementos conceptuales que nos presten su ayuda.

Aspectos conceptuales

El maltrato de personas mayores se define como “la acción única o repetida, o la falta de acción (omisión) apropiada, que ocurre dentro de una relación donde exis-

te una expectativa de confianza, y que produce daño o angustia a una persona de edad”. (Toronto, 17 de noviembre de 2002).

Los tres elementos fundamentales de esta definición radican en la inclusión de elementos tanto activos (acción) como pasivos (omisión) en la causalidad, la especial cualidad de la relación entre maltratador y víctima (confianza), que actúa como entorno facilitador que da contexto a la instauración de una dinámica de violencia (mayor accesibilidad, aquiescencia de la víctima) y la necesidad de la consecuencia (daño). En general, la acción física va a producir un daño físico, y el maltrato psicológico derivará en daño moral o psíquico, como resultado principal, pero conviene saber que, en el tiempo, ambos daños tienden a converger.

El maltrato de personas mayores también se define como “ todo acto u omisión sufrido por una persona de 65 años o más, que vulnera la integridad física, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad o del medio donde ocurra”. (Almería, 1996).

La virtud de esta definición reside, a mi entender, en que señala algunos aspectos importantes: En primer lugar establece la vulneración de derechos como un elemento objetivo de daño; esto sitúa la dignidad del sujeto más allá de edades o estado físico y recuerda a la sociedad que una persona mayor es un sujeto de pleno derecho, aportando la perspectiva moral imprescindible al análisis del problema. En segundo lugar, refleja la escasa importancia de la intencionalidad; en efecto, el daño puede no ser un objetivo buscado o puede ser una mera consecuencia de la actuación frente a otros conflictos, pero ello no obsta su cualificación. Finalmente, la definición también señala la variedad de entornos en los que puede producirse maltrato (y es que nuestros ancianos están en el domicilio, pero también en otros medios, donde el daño puede igualmente producirse).

Cuando tratamos de establecer tipologías, encontramos que no hay una forma única de clasificar el maltrato en el anciano. En general podemos considerar para el maltrato, en general, los siguientes subtipos teóricos:

- Malos tratos físicos
- Abuso sexual
- Malos tratos emocionales o psicológicos
- Negligencia
- Abandono
- Autoabandono
- Abuso o explotación económica

En esta ponencia se aborda el maltrato no físico, o no primariamente físico, aunque conviene insistir en la necesidad de superar la dicotomía cuerpo-mente, y asumir que cualquier maltrato puede acabar suponiendo un daño físico o moral/psíquico, ya que los trastornos físicos se acompañan, más pronto o más tarde, de un correlato emocional y psíquico, y los trastornos psíquicos modifican los sistemas orgánicos, aumentando la vulnerabilidad a la enfermedad física (de ahí la mayor mortalidad en las enfermedades psiquiátricas graves o en los trastornos crónicos).

Para completar esta panorámica conceptual, resulta pertinente, como refleja el informe de las Naciones Unidas sobre el tema, contemplar algunos otros fenómenos que se relacionan estrechamente con la violencia ejercida con las personas ancianas y que deben señalarse por el potencial de daño que suponen.

Hay que hablar, en primer lugar, del ageísmo o discriminación por razón de edad. Resulta prioritario tomar conciencia de que en las sociedades desarrolladas —donde la rapidez, la competitividad, los valores estéticos y la brillantez intelectual son bazas de prestigio— el valor fundamental de las personas de edad, esto es, su capacidad para aunar experiencia y conocimientos, no está de moda. El sesgo negativo alcanza a cualquier colectivo que presente signos o síntomas de discapacidad, en definitiva, colectivos que presentan algún tipo de dependencia. Pensar que se puede discriminar sin dañar no parece muy justificable. Esta realidad, que aquí se describe de forma tan somera, obliga a una profunda reflexión sobre los valores preeminentes en nuestra sociedad. No olvidemos que la vejez es un estado que a todos nos aguarda, que podemos percibir en seres próximos y queridos, y que nuestra reflexión puede enriquecerse si, desde una perspectiva empática, podemos imaginar qué queríamos para nosotros en tales circunstancias.

También hay que hablar de factores como la pobreza, la enfermedad física y el deterioro cognitivo, que se citan como algunos de los contextos que aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores.

Finalmente, es fácilmente comprensible que los ancianos resulten víctimas fáciles en otros marcos de violencia, como la violencia en la comunidad (delincuencia global, tumultos, etc.) que produce un miedo generalizado y una sensación de inseguridad, que deriva un aislamiento evitativo. Este fenómeno puede agravar un aislamiento social previo o provocar una retirada de la persona mayor del contacto social, lo que, en definitiva, deteriora su capacidad para recibir atención y cuidados, amén de otras carencias emocionales. También en los conflictos armados, los mayores pueden convertirse en víctimas silenciosas y poco perceptibles. En estos conflictos rara vez se evalúa la repercusión real sobre los mayores, que se ven abandonados, agredidos o sometidos a desplazamientos que superan sus capacidades

físicas, o a cambios en el entorno que sobrepasan su capacidad adaptativa.

El maltrato no físico

Hablaremos en primer lugar del conocido como Maltrato Emocional o Psicológico. Genéricamente, consiste en verbalizaciones o conductas que denigran a las personas mayores o que atentan contra su dignidad. El maltrato emocional supone un cierto elemento de intencionalidad, que puede incluir motivos muy diferentes: conseguir la sumisión o el control, modificar conductas que el maltratador no acepta o dar cauce a problemas emocionales de éste. Habitualmente se produce en una relación asimétrica, que reproduce una dinámica dominador-dominado. Es éste el tipo de abuso no físico en el que se maneja una dinámica de poder-agresión de una forma más clara.

Se suelen establecer tres subtipos de maltrato emocional: las agresiones verbales, amenazas, intimidación y humillación (descalificación, denigración); la infantilización, esto es, la aplicación práctica de la falsa teoría que afirma que las personas mayores “son como niños”; y el aislamiento o la incomunicación, también conocido como tratamiento silencioso, “le atiendo pero no le hablo”.

El maltrato emocional supone negar el valor personal del mayor, ignorar o contrariar expresamente sus deseos, no respetar su espacio de intimidad y dificultar el contacto con sus referentes afectivos.

Ante el maltrato emocional, la respuesta de la persona mayor viene mediada por elementos culturales y psicológicos individuales. Si la persona mayor considera que es una carga para otras personas, y que éstas bastante hacen con atenderla, puede aceptar pasivamente la situación, e incluso justificarla, por lo que el maltrato deberá ser identificado por indicadores alternativos.

En cuanto a las consecuencias del maltrato emocional hay que destacar que, en sujetos sin deterioro cognitivo, la respuesta inicial más frecuente va a ser una reacción que aparece, de forma inespecífica, ante cualquier estrés: la angustia. Este sentimiento se organiza posteriormente en otros fenómenos psicológicos más complejos como el temor, la indecisión, la apatía, así como diversos síntomas afectivos y motores. En la estructuración psíquica son habituales los problemas de autoestima e incluso la culpabilización. En sujetos con deterioro cognitivo no son infrecuentes la agitación, la intranquilidad o los síntomas regresivos, especialmente en presencia del agresor.

Un segundo subtipo de maltrato no físico es la Negligencia. Se define como aquella acción u omisión consistente en no proporcionar a la persona mayor aquellos

elementos que constituyen sus necesidades básicas: alimentos, higiene o vestido, cuidados de la salud, confort y seguridad, afectividad, y requerimientos sociales o financieros.

La gravedad de este maltrato radica en que generalmente se ejerce en personas con un alto nivel de dependencia por razones de enfermedad (sea física o psíquica). Su situación supone un grado de discapacidad tal que requiere de terceros para atender incluso a las necesidades más básicas.

La negligencia nos confronta con la pregunta más importante ¿Cuáles son las necesidades que estimamos deben facilitarse a las personas que no puedan hacerlo por sí mismas para considerar que su vida reúne los requisitos de dignidad que son propios de los seres humanos?.

Describamos de forma muy esquemática las necesidades que se identifican en el ser humano a través de la Pirámide de Maslow (Figura 1) cuya principal virtud (y también defecto) reside en su simplicidad: En esta pirámide las necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, etc.) ocupan la base; en un segundo escalón se ubican las necesidades de seguridad, integradas por todas aquellas medidas que proporcionan protección ante el daño probable; sobre ésta se sitúan las necesidades de aceptación social, que integran el amor, la amistad, la pertenencia a un grupo/familia y el afecto que se recibe; en el penúltimo escalón se ubican las necesidades de autoestima (autonomía, éxito y prestigio) y en el último las necesidades de autorrealización (que suponen proyección personal y capacidad para alcanzar los fines que uno se propone).

Esta pirámide tiene el problema de no resolver dónde debe dibujarse el punto de

Figura 1



corte entre las necesidades que deben considerarse de obligación interpersonal y las que se deben satisfacer desde el propio sujeto. De ahí que, en una perspectiva moral, las preguntas fundamentales que quedan planteadas son: ¿Cuáles son las obligaciones morales ineludibles que una sociedad contrae con los sujetos dependientes que forman parte de ella? ¿Hasta dónde hay que llegar y quién tiene la responsabilidad de responder a esas necesidades? ¿La obligación interpersonal debe limitarse a las necesidades más básicas (niveles 1 y 2) o debe alcanzar todos los niveles posibles?

No podemos dar una respuesta desde aquí, sin embargo, parece claro que la deliberación afecta fundamentalmente los niveles más altos de la pirámide, puesto que no parece descabellado afirmar que los sujetos debemos atender en otros las necesidades fisiológicas, de seguridad y de aceptación social, sin las cuales es difícil hablar de una dignidad mínima y, por tanto, de la esencia de la esencia de nuestra condición humana.

En la negligencia son signos de sospecha la existencia de problemas de salud e higiene reiterados e inexplicables (escaras, deshidratación, desnutrición, etc.), el uso de ropa inadecuada (para el contexto o para las condiciones físicas), la evidente inatención a problemas solubles (una sordera que puede corregirse con audífono, problemas de vista no tratados, la falta de andadores, etc.) por no haber solicitado recursos auxiliares disponibles y accesibles. También son signos de negligencia: la sobremedicación (que habitualmente busca que la persona no sea molesta o limitar sus demandas), la falta de cumplimiento de las prescripciones o insuficiencia en la supervisión del personal sanitario, así como la ubicación de la persona mayor en un medio deteriorado (suciedad, falta de agua o calefacción, electrodomésticos estropeados, ausencia de útiles imprescindibles).

Junto a la negligencia, hay que hablar del Abandono. Se trata de un término muy relacionado con el anterior, hasta el punto de que muchos autores no diferencian entre ambos. Aquellos que los diferencian se suelen referir al abandono cuando existe un distanciamiento físico por parte del cuidador, que implica la inatención. Este fenómeno puede producirse en el propio domicilio del mayor (donde no se le visita ni atiende) o en instituciones donde es “alojado”. Existen algunos casos conocidos (por la repercusión en medios de comunicación) en los que el mayor ha sido abandonado en lugares públicos o en centros comerciales, aunque este tipo de casos son excepcionales en nuestro medio.

Se habla de Autoabandono cuando la persona mayor realiza conductas que amenazan su seguridad o su integridad psicofísica, o rechaza medidas que velan por su salud, cuidado o seguridad. Se excluye la elección de conductas de riesgo por una

persona competente (un mayor que continúa practicando formas de montañismo o deportes de riesgo, por ejemplo), en los que un sujeto informado y capaz toma decisiones desde su propia y personal escala de valores. El Autoabandono suele relacionarse con la existencia de otras formas de abuso o con la concurrencia de trastornos psíquicos (con la mayor frecuencia, depresión).

El abandono y el autoabandono suelen dar lugar a los mismos signos físicos y ambientales que se han descrito para la negligencia. Desde el punto de vista psíquico, la respuesta de la persona mayor a una situación de abandono y autoabandono suele ser de tipo inhibitorio (aislamiento, anergia, apatía, depresión, inhibición motriz, etc.).

Veamos ahora algunos tipos de maltrato no físico que tienen otras implicaciones pecuniarias. Se diferencian dos tipos, que se solapan entre sí:

Se habla de Abuso Económico cuando se produce la utilización inadecuada, por parte de terceros —y sin consentimiento (o con consentimiento viciado) del mayor— de los fondos, posesiones, propiedades y/o bienes de éste, no en beneficio del mayor sino en beneficio de un tercero o terceros. A menudo, supone la realización de actos “ilegales”: firma de documentos, donaciones, testamentos en un sujeto que, bien es incapaz, bien no ha decidido libremente firmar. Aunque la fe notarial debería actuar como escudo ante la actitud interesada de determinados sujetos, la cultura familiar de nuestro medio ha propiciado una actitud permisiva con este tipo de conductas, dando por hecho que se producían en beneficio del mayor, desde una perspectiva salvajemente paternalista con nuestros mayores.

Se habla de Influencia Indebida (*Undue influence*) cuando, en una relación del poder, la persona mayor permite que un tercero actúe en su nombre, pese a la evidencia del perjuicio que le produce dicha actuación, o cuando el mayor procede de una forma diferente a lo que haría en ausencia de la influencia del otro.

El Dr. Bennet Blum ha propuesto el Modelo “IDEAL” (Blum, 2003) para explicar la dinámica en la que se produce esta influencia. El modelo permite valorar serie de factores que se correlacionan con la susceptibilidad de una persona mayor a ser víctima de este tipo de maltrato.

- **Aislamiento** (*Isolation*): el mayor está aislado de la información pertinente que le permitiría tomar otra decisión (el aislamiento se da—por orden de frecuencia— por causas médicas, por acción del abusador, que aísla al mayor, o por razones geográficas o de entorno).
- **Dependencia** (*Dependence*): que puede ser física, emocional o de información. Manipulación emocional (*Emotional exploitation*) que impide al mayor percibir ade-

cuadramente lo que está ocurriendo y las consecuencias reales:

- Aprovechando el miedo de la persona mayor a sufrir pérdidas si no accede
- Mediante la actuación de varios sujetos que amenazan al mayor (temor puro)
- Porque el maltratador por un claro énfasis en las consecuencias adversas que sufrirá el mayor si no se actúa de una determinada forma
- Sometiéndole a discusiones penosas en lugares y/o momentos inadecuados que aumentan la presión sobre el mayor
- **Consentimiento** (*Acquiescence*): el mayor se somete a lo que quiere el agresor pero no lo hace de forma consecuente (informado y en ausencia de coacción o manipulación)
- **Pérdida** (*Loss*): una conducta alternativa sería mejor para el mayor

Cuando estos factores pueden identificarse unidos en una relación, la probabilidad de abuso alcanza casi el grado de certeza.

Algunos datos epidemiológicos

Lo primero que debemos reflejar es que no conocemos la dimensión real del problema. Los principales problemas en la detección provienen de las dificultades de identificación provocados por los prejuicios sobre la edad avanzada y el habitual silencio de la víctima, que puede culpabilizarse (pensando que su situación sobrecarga a otros que, lógicamente, responden de esta forma) e incluso avergonzarse (¿cómo explicar que alguien a quien se quiere nos está vejando?), o que puede guardar silencio por temor a las represalias.

Otro aspecto que interfiere significativamente es el hecho habitual de que se combinen diferentes formas de maltrato (lo que ocurre en más de la mitad de los casos) lo que motiva que la detección de unas formas pueda dificultar o minimizar la repercusión de otras, que pueden ser aparentemente menos graves pero que pueden ser más continuadas y tener consecuencias más nocivas a medio o largo plazo. A ello hay que añadir que la “clínica” del maltrato no físico es relativamente inespecífica y que los síntomas y signos pueden atribuirse, de forma errónea a problemas orgánicos o psíquicos.

La mayoría de los estudios epidemiológicos son extranjeros, aunque pueden resultar orientativos. En ellos se habla una incidencia global que oscila entre el 2 y el 4 % (algunos estudios hablan del 3-10%) en los mayores de 60 años. Estos datos deben, seguramente, corregirse al alza, porque se estima que la detección no supera el 1/8 de los casos reales.

Existen algunos estudios realizados en nuestro medio como el trabajo

“Negligencia, Abuso y Maltrato” (IMSERSO-SEGG) y la publicación de Bazo (2001), que sitúan el porcentaje en torno al 4,7 % en el medio familiar.

En un estudio realizado en los EEUU (Citado por Caballero, 2000) sobre una amplia población (más de 70 mil) de personas mayores, y que se refleja en la Tabla 1, se establece que la negligencia es, porcentualmente, la forma más frecuente de maltrato en las personas mayores, seguida del maltrato emocional y el abuso económico. Como puede verse, la suma de porcentajes supera el 100% por la coexistencia de diferentes formas de violencia sobre los mismos sujetos. Merece la pena anotarse el hecho de que el porcentaje conjunto del maltrato no físico supone casi tres cuartas partes del total.

En cuanto a la distribución del tipo de maltrato por edades, para el mismo estudio (Tabla 2), se observa que las frecuencias de maltrato se incrementan con la edad (y con la desprotección y la incapacidad del mayor, seguramente), salvo en el caso del abandono, que se produce en edades ligeramente inferiores. La edad, por tanto, se configura con el factor de riesgo más llamativo en las poblaciones estudiadas.

Además de ésta, los principales factores de riesgo detectados en los grupos de mayores afectados pueden resumirse en:

- Factores que dependen de una realidad donde existen aislamiento o/y dependencia de otros: mayores solos y con diferentes niveles de discapacidad.
- Factores referidos a los lazos emocionales y la cultura respecto a la violencia que se ha establecido en la familia: Existen culturas y familias donde las conductas violentas son contempladas con permisividad o donde los padres han ejercido la violencia contra sus descendientes que, a su vez, la ejercen en su momento contra ellos.
- Factores relativos al estado físico y mental del anciano: la existencia de una afectación cognitiva con trastornos conductuales, de una enfermedad física que

Tabla 1

	casos	%
Negligencia	34. 525	48,7
Abuso psicológico	25.142	35,4
Abuso económico	21.427	30,2
Abuso físico	18.144	25,6
Abandono	2.560	3,6
Abuso sexual	219	0,3
Otros	994	

Tabla 2

	60-64	65-69	70-74	75-79	>80
Negligencia	2,3	5,9	24,1	15,9	51,8
Abuso emocional	10,8	9,5	14,1	24,3	41,3
Abuso físico	5,5	9,8	17,8	23,3	43,7
Abuso económico	3,1	9,4	10,8	28,7	48
Abandono	18,4	0	3	58,8	19,8

provoca frecuentes necesidades de cuidados básicos (incontinencia, alimentación difícil, secreciones o lesiones en la piel) agrava el riesgo de sufrir maltrato, ya que desborda más fácilmente la capacidad de cuidado que tiene la familia.

- Factores relativos al estado mental del cuidador. Cuando quien tiene que atender a la persona mayor padece una enfermedad mental o cuando ha fracasado en afrontar sus propias dificultades, puede desplazar los síntomas o la frustración hacia los mayores, alterándose su capacidad como cuidador.
- Factores relativos a la situación económica: las personas mayores que disponen de recursos tienen un riesgo algo inferior de ser victimizados.
- Factores institucionales: tipo de residencia, organización y dotación de personal, nivel de actividades, etc.

El medio institucional

Finalmente una breve reflexión sobre el maltrato en el medio no familiar o institucional. Lo primero es afirmar que el maltrato grave es, en este entorno, excepcional, seguramente porque la presencia de terceros, las rotaciones y la propia estructura (que expone públicamente lo que ocurre) limitan el acceso libre y sin testigos a los mayores. En este medio adquieren una enorme importancia los elementos ajenos a la relación interpersonal mayor-maltratador: aspectos de corte contractual, laboral u organizacional, son determinantes a la hora de generar malestar y frustración en los cuidadores, situación que puede derivar en un cuidado inadecuado o en una falta de cuidado. Sin embargo en el medio institucional se dan con cierta frecuencia formas “leves” de maltrato en forma de infantilización del mayor, problemas para preservar la intimidad o actitudes que no resultan respetuosas con la autonomía de los sujetos en la institución.

En este marco se hace imperativo comentar las enormes dificultades que representa la relación individuo-institución: los centros requieren fijar elementos de estructuración (horarios, espacios, estrategias de seguridad) comunes a personas de muy diferente condición y capacidad, así como aspectos de organización de trabajo que optimicen los recursos humanos y materiales. Esta realidad puede entrar fácilmente en conflicto con el deseo de los mayores de disponer de tiempo, intimidad, libertad para organizarse por sí mismos o para conducirse en la medida de sus posibilidades. Este choque entre la libertad individual —base y esencia de la autorrealización— y las necesidades colectivas, que permiten que funcione la institución, no resulta fácil de atenuar, y puede ser vivido por la persona mayor como un maltrato.

A modo de conclusión podríamos afirmar lo siguiente:

No encontramos ante un fenómeno de dimensiones desconocidas pero de notable importancia epidemiológica.

Como otras formas de violencia predominantemente familiar resulta difícil de abordar por razones culturales.

Las implicaciones éticas y legales del maltrato a las personas mayores son enormes.

Las formas no físicas del maltrato representan un reto específico por su frecuencia y por la repercusión en la realidad psicofísica de los mayores.

Bibliografía recomendada

Bazo, M.T.: *Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 1; 36(1): 8-14, 2001.

Bennett Blum, *The "Undue Influence Worksheet" and "IDEAL" Protocol – An Introduction* <http://www.bennett-blummd.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/undueinfluence1005.pdf>.

Burston, G. R. (1975) "Granny Battering". *British Medical Journal* (3): 592.

Caballero, J.C., Remoral, M.L.: *Consideraciones sobre el maltrato al anciano*. Rev. Mult. Gerontol.; 10(3): 177-188, 2000.

Couceiro, A. (ed.): *Ética en cuidados paliativos*. Editorial Triacastela, Madrid, 2004.

El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder. Informe del Secretario General. Consejo Económico y Social. Naciones Unidas, 2002.


Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. *The battered-child syndrome*. JAMA.1962;181:17-24.

Muñoz Tortosa, J.: *Personas Mayores y Malos Tratos*. Ediciones Pirámide, Madrid, 2004.

Pizzey, E. *Scream Quietly or the Neighbours will hear*. Pizzey, 1974.



INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL MALTRATO DE LOS MAYORES



MARÍA TERESA BAZO
Catedrática de Sociología
Facultad de Ciencias Económicas
UPV/EHU. Bilbao

El maltrato a las personas de edad fue detectado desde mediados de los años setenta, pero no es hasta la década siguiente, y en los Estados Unidos, cuando se institucionaliza el término de *elder abuse*. Es el último descubrimiento de la violencia familiar y se entiende que el fenómeno violento todavía ampliamente desconocido en la actualidad (Bennett, Kingston y Penhale 1997: 1).

El problema de los malos tratos a las personas ancianas existe en todas las sociedades, ya que la violencia en general y la violencia familiar en particular, se producen como resultado de la capacidad de los seres humanos para producir daño a otros, sea de forma voluntaria o involuntaria. En el plano internacional, todavía no se dispone de datos suficientes sobre incidencia y prevalencia. El hecho de que no se disponga de suficiente información en la mayor parte de las sociedades no implica que no exista ese tipo de violencia, sino sencillamente que se produce en el anonimato social y político más cruel. Es decir, que se produce pero que no se reconoce, ni por tanto se ponen las medidas para evitarlo. Este es el caso de España, como también de otros países europeos donde existe poca o ninguna información sobre el problema.

Internacionalmente se observa la dificultad que existe en la definición del concepto, pero además, son diversos los dilemas alrededor del problema del maltrato. Existe una gran confusión sobre lo que constituyen las causas del maltrato y la influencia de la vulnerabilidad en la probabilidad de que se produzca (Brown,

Kingston y Wilson 2000). Eso conduce a que en la puesta en marcha de muchas políticas de protección a las personas adultas, la vulnerabilidad ante el abuso se asume que es un resultado de la discapacidad de la persona y no de la conducta de quien lo perpetra, o del entorno.

Por eso, discutir sobre la cuestión de las características de las víctimas como modo de conocer las causas de los malos tratos y de ese modo promover políticas de prevención e intervención, que es uno de los objetivos de este curso, resulta pertinente, aunque supone adentrarse en un debate inconcluso. Dos, y opuestas, son las perspectivas teóricas al respecto: la que considera como factor de riesgo la dependencia de la persona anciana victimizada por sus cuidadores, y la que considera que son las características de las personas que perpetran el maltrato, como es su dependencia de la persona maltratada y otros factores, las que proporcionan la clave para un mejor conocimiento del problema.

A finales de los años ochenta del pasado siglo, en la conferencia de la Sociedad Británica de Geriátrica se concluyó que la víctima típica de malos tratos era una persona muy anciana, mujer, viviendo en casa con hijos adultos cuidadores, física y mentalmente discapacitada, con sobrepeso, inmóvil e incontinente, y con rasgos de personalidad negativos (Bennett y Kingston 1993: 24). Pero actualmente otra perspectiva se va consolidando. Se entiende que el hecho de que una persona se encuentre en riesgo de sufrir maltrato es más bien debido a las características de quien lo perpetra.

Desde los Estados Unidos se ha ido abriendo camino una corriente de conocimiento y análisis del problema que pone el énfasis en la patología y la dependencia de la persona maltratadora (Pillemer 1993: 237-249). Karl Pillemer participa de la idea de que el énfasis en la víctima tiene que ver con la estrategia de quienes han tratado de llamar la atención sobre la existencia del problema, y hacerlo visible socialmente, al tiempo que podían obtener recursos para comenzar a tratarlo. Una persona anciana dependiente como víctima principal de abusos puede obtener y justificar la asignación de recursos. Esa visión ha llevado a considerar el maltrato a las personas ancianas como un problema de cuidado familiar. Entiende dicho autor que esa perspectiva contiene una gran dosis de *edadismo* pues lleva a caracterizar a las víctimas como frágiles, vulnerables, e incapaces de cuidar de sí mismas. Todo ello produciría según esa visión el estrés de las personas cuidadoras, lo que conduciría a las personas ancianas a encontrarse en una situación de grave riesgo de sufrir maltrato. En sus investigaciones al comparar el grupo de personas ancianas maltratadas con otras no maltratadas o grupo control, no ha observado una relación entre sufrir maltrato físico y el estrés por cuidar de una persona anciana dependiente.

También en otras sociedades como Gran Bretaña se han llegado a conclusiones similares (Bennett y Kingston 1993: 24). Para más abundamiento, Karl Pillemer y Rosalie Wolf así como otros investigadores llegaron a observar ciertos resultados en la dirección contraria. Las víctimas de abusos estaban incluso menos discapacitadas que las de los grupos control. Pillemer señala cómo se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa para la dependencia económica, teniendo los maltratadores mucha más probabilidad de ser económicamente dependientes de la víctima, que los familiares de los casos donde no se daban malos tratos. Otra característica hallada es el abuso del alcohol por parte de los familiares maltratadores, apareciendo en alguna investigación como el predictor más consistente de maltrato. Asimismo, se ha encontrado que las personas maltratadoras suelen ser también violentas en otros contextos.

La perspectiva opuesta que sostiene que la dependencia de la persona anciana de la cuidadora puede conducir al maltrato sigue vigente. Se entiende que el maltrato tiene lugar en una situación de prestación de cuidados a la persona anciana dependiente y que ha salido mal (Nolan 2000: 194). Dentro de una perspectiva interaccionista se pone el énfasis en el significado que la persona cuidadora otorga a su acción de cuidado, es decir qué evaluación realiza del rol de cuidadora y de la calidad del cuidado que proporciona. Se considera que en la creación de la autoimagen influyen tanto la percepción que la persona cuidadora tiene de su relación anterior con la persona cuidada, así como el grado de adecuación entre la situación actual y esa imagen. Si anteriormente la relación entre las dos personas ha tenido sólo aspectos negativos o por el contrario sólo muy positivos, la situación de cuidado actual puede hacer que la cuidadora sea menos tolerante y espere de la cuidada actitudes de conformidad y docilidad. El maltrato sería consecuencia del intento de la cuidadora de mantener el control sobre la persona cuidada.

De los resultados de diversas investigaciones (Duffy y Momirov 1997: 112) en muchos casos la persona maltratadora suele ser un hijo/a adulto. Los hijos varones sobre todo, aunque otros autores señalan a las hijas. Desde otras perspectivas (Aitken y Griffin 1996: 32) se considera también que aunque en cuanto al maltrato físico los varones tienen más probabilidades de ejercerlo que las mujeres, éstas también pueden cometer abusos tanto contra varones como mujeres. Puede darse tanto en el entorno familiar como en el ámbito institucional, simplemente por ser las cuidadoras principales. Eso aparece también en ciertos casos en lo relativo al abuso material o económico sobre todo. En cuanto a este tipo de abuso otras investigaciones han mostrado a personas no familiares o familiares lejanos como las personas con mayor probabilidad de cometer el abuso. En cuanto al maltrato físico la

mayoría de las personas maltratadoras son cónyuges. En este último caso puede observarse una cuestión de carácter metodológico. ¿Se trata de “violencia doméstica” o de “maltrato de personas ancianas”? En ocasiones ese maltrato puede ocurrir por enfermedad de uno de los cónyuges, Alzheimer u otra, pero en otros casos es sólo la continuación de una historia de maltrato entre cónyuges, sólo que ahora han alcanzado la edad en la que se les considera ancianos.

La investigadora estadounidense Suzanne Steinmetz (1993: 222-236) se encuentra entre quienes sostienen que el estrés que experimentan las personas cuidadoras de personas ancianas dependientes puede conducir a situaciones de abuso y maltrato. Considera no obstante que igualmente puede suceder el maltrato por causa de la dependencia del maltratador de la persona maltratada. Entiende que de cara a la prevención e intervención debe tenerse en cuenta tanto el riesgo de una persona anciana de ser maltratada por su cónyuge, como por un hijo/a cuidadora, y por un hijo/a adulto dependiente. Steinmetz se encuadra en la perspectiva analítica que considera a las personas ancianas vulnerables como más probables víctimas de abusos debido al estrés que la situación de sobrecarga representa para las personas cuidadoras.

En sus investigaciones así como en las de otros autores/as aparece la dependencia de la persona anciana como un factor de riesgo de sufrir maltrato y negligencia, que disminuye cuando la persona cuidadora cuenta con la disposición de otras para prestarle ayuda. La autora va más allá y advierte de entender la dependencia únicamente como la incapacidad de una persona para realizar por sí misma las actividades de la vida cotidiana. En ese caso la relación hallada entre dependencia y abuso es limitada. Sin embargo, sí se encuentra esa relación entre dependencia y abuso cuando la dependencia se define en términos del número de responsabilidades que la persona cuidadora tiene que cumplir, así como de la imposibilidad de ser relevada de esas responsabilidades. Considera también que vivir juntos es un factor añadido de riesgo. Entiende que debe identificarse las situaciones de cuidado y las características de las personas ancianas y sus cuidadoras que pueda ser probable que conduzcan a abusos. Sostiene igualmente que más importante que el estrés producido por la situación objetiva, es la percepción subjetiva del mismo que tiene la cuidadora. Distingue tres casos en los que las personas ancianas se encuentran en riesgo: a) el de la persona anciana maltratada por hijos/as adultos que la cuidan; b) el maltrato del cónyuge; c) el maltrato de hijos/as adultos que están discapacitados física, mental, o emocionalmente y que son dependientes de los ancianos/as.

La idea del factor estrés como desencadenante de una situación de maltrato, es compartida por diversos investigadores (Duffy y Momirov 1997: 109-113) y los ele-

mentos estresantes pueden surgir de problemas mentales, abuso de drogas y alcohol, una historia de violencia, desempleo, exceso de responsabilidades en el cuidado, o incluso por la percepción de la persona cuidadora de depender de la persona anciana. Amigos, familiares y profesionales pueden incrementar tal estrés si critican la calidad del cuidado proporcionado. Otros aspectos han sido también considerados como potencial para el maltrato y es la existencia de conflicto en las relaciones familiares. Uno es la mutua convivencia, como también lo detecta Steinmetz, aunque relacionado con la vuelta de hijos adultos al hogar de los padres. Tendría que ver sobre todo con las expectativas al respecto, de modo que si se espera que los hijos/as no deben volver a casa entonces el conflicto tiene más probabilidades de surgir. Otro factor de conflicto es el género y la provisión de apoyo emocional.

Rosalie Wolf proporciona una categorización que contiene las características de la persona maltratadora y las de la víctima (Biggs, Phillipson y Kingston 1995: 43) que incluye tres tipos diferentes de perfiles: 1) Las víctimas de abuso físico y psicológico tienden a estar bien físicamente pero tienen problemas emocionales. Las personas que maltratan tienen una historia de alcoholismo y/o enfermedad mental, viven con la víctima, y son dependientes de ella económicamente; 2) las víctimas de negligencia son generalmente muy ancianas, y discapacitadas mental y físicamente, con poco apoyo social. La cuidadora encuentra en la persona anciana una fuente de estrés continuo; 3) las víctimas de abuso económico o material tienden a no ser casadas, y sus relaciones sociales son limitadas. Las personas que maltratan tienen problemas económicos a veces unidos a una historia de abuso de drogas o alcohol. Aunque se trata de una clasificación realizada en 1989¹ y que corresponde a la experiencia estadounidense, puede resultar interesante tenerla en cuenta en la medida en que relaciona las características de la víctima y del maltratador. Otro aspecto que a mi entender resulta reseñable es la relación entre las características de las víctimas y los tipos de malos tratos. Diferenciar y asociar ambos aspectos en la investigación entiendo que puede producir resultados fructíferos.

En mi investigación sobre malos tratos a las personas ancianas², cuando se analiza la relación entre tipos diversos de dependencia y tipos de maltrato sufrido se observan ciertas relaciones, que de forma resumida señalo. En la investigación se encuentra que siendo todas las personas de la muestra víctimas de alguno o varios

¹ Wolf R. (1989) *Testimony before the Subcommittee of Human Services: Select Committee on Aging*. US House of Representatives Hearings on Elder Abuse.

² Proyecto "Negligencia y abuso en las personas ancianas", financiado por el Ministerio de Educación y Cultura (1997-2000). Ref. PB-0245.

tipos de maltrato, al tiempo que dependientes en diferente grado de otras personas para la realización de las actividades de la vida diaria, la naturaleza de los tipos de malos tratos es diferente, y afectan a personas con características distintas (Bazo 2001)³. Es decir, que sufrir dependencia en algunas actividades de la vida cotidiana puede conllevar descuido físico o psicológico, sin embargo, la autonomía en actividades como el vestido, alimentación, o movilidad puede conllevar maltrato psicoafectivo y abuso material en mayor proporción que entre quienes son dependientes. El género aparece en esos dos últimos tipos más importante que la dependencia.

La Negligencia en el cuidado físico que implica una falta de atención física, material, ocurre más entre quienes tienen dificultades o dependen de otras personas para vestirse, asearse, y alimentarse. La Negligencia en el cuidado psicoafectivo que conlleva falta de cariño y detalles afectuosos, parece darse más entre quienes son dependientes para su aseo personal, alimentarse, y controlar los esfínteres. Ambos tipos de negligencia se relacionan. Pueden ser más descuidadas y desatendidas física y afectivamente las personas que dependen de otras para su cuidado personal, lo que implica el cuidado corporal, al hilo de lo cual puede recordarse el significado simbólico del cuerpo así como su atractivo o repulsión en función de la edad o la enfermedad. Son de naturaleza diferente el Maltrato psicoafectivo y el Abuso material, más relacionados con el hecho de ser mujer que con ciertos tipos de dependencia física.

Claudine McCreadie (2002) alerta de la necesidad de comprender la naturaleza del riesgo en las propias casas de las personas ancianas. Así, existe evidencia de que se exponen a más riesgo de sufrir violencia física cuando viven con otras personas que solas. Pero el riesgo de sufrir abuso económico es mayor entre quienes viven a solas. En cuanto a las consecuencias por género en estos hechos, se sabe que los varones a cualquier edad viven más con otras personas, mientras que las mujeres conforme envejecen tienden más a vivir a solas. En una reciente investigación de la autora (2002) se encuentran las siguientes situaciones de riesgo: a) persona cuidadora con problemas de carácter psicológico, alcohol; b) la persona anciana con demencia que permanece sola todo el día; c) hogar de la persona anciana donde se

³ En ella se ha analizado una muestra de 104 casos, del total de los 111 detectados en un grupo de 2.351 personas ancianas, atendidas por los Servicios de Ayuda a Domicilio de los municipios señalados. Los siete casos desechados ha sido por faltar en esos cuestionarios algún tipo de información. Los 111 casos detectados representan un porcentaje del 47%. En el 55% de los casos los malos tratos han sido perpetrados por los hijos e hijas biológicos y políticos, en el 12% de los casos por el cónyuge, en el 7% por hermanos o hermanas, y en el 25% por otras personas.

bebe demasiado alcohol; d) persona cuidadora que se pone muy enfadada por la carga del cuidado; e) persona anciana con demencia que es violenta con la persona cuidadora; f) persona cuidadora que es incapaz de atender adecuadamente las necesidades de la vida diaria de la persona anciana; g) persona anciana que vive con hijos adultos con problemas severos de personalidad.

El maltrato institucional ha sido menos estudiado, excepto en Inglaterra, y se ha llegado quizá a infravalorar su importancia. Pero el maltrato institucional existe, lo que ocurre es que resulta “invisible” (Griffin y Aitken 1999: 29-32). Son diversas las razones. Desde una perspectiva feminista se entiende que la invisibilidad social del abuso institucional es debido a que es un mundo predominantemente femenino. Tanto el personal como los clientes son esencialmente mujeres. Las mujeres que trabajan en residencias están en muchas ocasiones mal pagadas y no tienen una formación adecuada. Así como en los casos de violencia doméstica los varones son principalmente los maltratadores, en el caso del maltrato familiar a los ancianos existen discrepancias ya que no todos los estudios coinciden. Sin embargo, el hecho de que sean las mujeres las cuidadoras principales en la mayor parte de los casos, conlleva una probabilidad alta de que sean mujeres las que abusen de las personas mayores. Ocurre lo mismo en el entorno institucional.

Se considera (Glendenning 1999: 2-9) que al contrario de lo que se cree, que los malos tratos en las instituciones son acciones individuales, el abuso institucional es el más frecuente, entendiéndose que el propio entorno institucional con sus prácticas y normas es abusivo en sí mismo. En algunas investigaciones realizadas en los Estados Unidos ya en los años ochenta, se descubrió el maltrato físico practicado de forma deliberada, aunque era menos frecuente que la negligencia física. Otros aspectos hallados fueron la existencia de negligencia psicológica en las residencias, sobre todo la falta de limpieza, así como de un entorno físico atractivo, la dieta inadecuada, el trato que promueve la infantilización de los residentes, y la negligencia pasiva.

En relación a los perfiles, el abuso en el entorno institucional parece que es sobre todo perpetrado por mujeres contra mujeres (Griffin y Aitken 1999: 32-). Se entiende que no se ha investigado suficientemente en esta cuestión porque esa visión se opone a las expectativas sociales sobre las distribuciones de los roles y funciones de mujeres y varones. Suelen analizarse los diferentes casos de maltrato por parte de mujeres como una desviación a la norma, ya que se entiende que si lo hacen es por las presiones, o incluso abusos que ellas pueden estar sufriendo por parte de varones (maridos o compañeros). Se ignoran así las causas de carácter estructural que pueden influir en esas conductas, como son el bajo valor social de las mujeres ancia-

nas en nuestras sociedades y el tipo de trabajo realizado con ellas. Sucede que el trabajo que realizan las trabajadoras en las residencias se encuentra devaluado socialmente, en muchas ocasiones se piensa que esas trabajadoras no necesitan una formación específica, y además es un trabajo mal pagado. Son condiciones, por otro lado, que pueden conducir al abuso económico de los residentes. Ocurre también que las trabajadoras pueden ser contratadas en determinadas condiciones, por necesidades económicas de la institución, quedando como prioridad residual el interés en la calidad del cuidado.

Se entiende que las trabajadoras que experimentan el desequilibrio entre lo que trabajan y lo que económicamente perciben a cambio, pueden intentar “cobrárselo” de otras formas. Por ejemplo, buscando una compensación que puede ser económica a través del robo a los ancianos. En ciertas personas puede incluso que esas compensaciones incluyan el placer de experimentar su poder sobre otros, dejando así de atenderles debidamente, o incluso perpetrando algún tipo de maltrato.

Se considera que ese potencial para ejercer el abuso que puede hallarse entre las condiciones residenciales, se fortalece por la cultura de la violencia existente en la sociedad. Se trata de la tolerancia social hacia ciertas conductas que se producen y que son disculpadas o aprobadas mediante la identificación con quienes ejercen la violencia y la falta de solidaridad con las víctimas. Se produce con ese comportamiento un acto violento que es “el ejercicio de la violencia ideológica, del poder del discurso que legitima la violencia, estigmatiza a las víctimas y trata a las personas no como dueños de sus propios actos, sino como materia para (‘nuestra’) política social”⁴. Es el peligro que encierra ante un caso de maltrato a una persona anciana, intentar comprenderlo sobre la base de la mala situación en la que se encuentran las personas cuidadoras. Esa visión viene además de a estigmatizar a las personas ancianas maltratadas, a reforzar la situación de su invisibilidad como víctimas. La existencia de formas extremas de violencia cuya representación es cotidiana, hace que otras formas más débiles existentes en la vida diaria sean toleradas.

Son varias las formas de abuso que pueden cometerse, aparte del maltrato físico, como son el abuso de poder por la situación diferente entre el personal y la persona anciana institucionalizada y a veces discapacitada, los robos, la sobre-medicación y la sedación sobre todo en casos de demencia. Pero parece que no es posible hacer mucho, resulta difícil la intervención, ya que muchos casos no son denuncia-

⁴ Griffin y Aitken citan a S. Kappeler (1995) *The Will to Violence: The Politics of Personal Behaviour*. Cambridge: Polity Press, 7.

dos. Las inspecciones cuando existen no suelen ser efectivas, y los trabajadores pueden temer perder su puesto de trabajo si se cierra la institución por causa de denunciar a un compañero/a que ejerce algún tipo de abuso. Además, la resignación aprendida por los profesionales ante el fatalismo de la falta de recursos les refuerza su desesperanza y coarta su iniciativa. Los propios familiares que descubren algún tipo de maltrato tampoco suelen denunciarlo.

Los factores de riesgo en las instituciones pueden ser varios (Juklestad 2001): a) cuando el personal recibe poco apoyo de la gerencia; b) falta de formación; c) recibir indicaciones inadecuadas; d) tener baja autoestima; e) tener bajos principios morales; f) trabajar aisladamente; g) escaso nivel en la gerencia; h) excesiva falta de personal; i) poca dirección del exterior; j) pobre comunicación con el mundo exterior.

Los resultados hallados en algunos estudios más recientes y realizados con más garantía científica no muestran que puedan ser ciertos algunos de los factores de riesgo que suelen citarse (Bennett, Kingston y Penhale 1997: 32-37) que se refieren a la psicopatología de las personas maltratadoras, pues aunque se ha encontrado evidencia de la existencia entre ellas de enfermedad mental y problemas de alcohol, no puede saberse con claridad si el abuso del alcohol es previo a los actos de abuso o como consecuencia del estrés por la acción del cuidado.

También se ha dado mucha importancia como factor de riesgo a la transmisión intergeneracional de la violencia en el análisis del maltrato infantil y de la violencia doméstica, pero en el maltrato a las personas ancianas no se ha encontrado ese factor. Respecto a la dependencia como factor de riesgo, aunque los resultados hallados muchas veces son contradictorios, entre los estudios más recientes no aparece la víctima como dependiente. Tampoco aparece en ellos una correlación entre estrés y maltrato. En cuanto al aislamiento social tanto de la víctima como del perpetrador del maltrato, los resultados hallados difieren entre sí. Sin duda se requiere seguir investigando en todos los países, pues además de los aspectos metodológicos, también las diferencias culturales influyen en los distintos resultados.

Prevalencia

Aunque se disponga de información diversa y en distintos países, en muchas ocasiones no puede hablarse de prevalencia. Pocas investigaciones se han hecho a partir de una muestra al azar, representativa de la población. Suele entrevistarse a personal que trabaja con personas ancianas sea de los servicios sanitarios o sociales. Incluso, ciertos trabajos se refieren a estudios cualitativos, interesantes y necesarios

porque analizan en profundidad diversas dimensiones del problema, pero que impiden hablar de tasas con respecto a la población.

Una cuestión común a los diferentes países en cuanto a los datos sobre incidencia y prevalencia es –además de la falta de información– que cuando existe investigación realizada al efecto, no puede ser comparada. El maltrato, negligencia, o trato inadecuado a las personas mayores –término este último utilizado por Fulmer y O’Malley por razones prácticas ya que engloba todas las formas de abuso– es un problema que permanece invisible en la mayor parte del mundo, también entre los países económicamente desarrollados. Y eso es así tanto si se trata del maltrato infligido en el entorno familiar como en el institucional.

La información de que se dispone indica una prevalencia baja, pero el maltrato es una realidad que afecta a millones de personas en el mundo. De los resultados del primer estudio epidemiológico en Gran Bretaña llevado a cabo por Jim Ogg y Gerry Bennet en 1992 se estimó con un nivel de confianza del 95% que un millón de personas ancianas podían estar sufriendo riesgo de abuso verbal y otro medio millón de abuso físico y económico. Entre las personas adultas podían ser hasta tres millones quienes infligieran maltrato verbal y medio millón podrían ser maltratadoras físicas. En los Estados Unidos se cita entre uno y dos millones de personas ancianas que pueden sufrir maltrato anualmente.

En una investigación realizada en Alemania entre 160 personas empleadas en residencias de ancianos, el 68% había cometido al menos una acción abusiva contra algún residente en el año anterior (Aging Today 2001: 15). Además, un 70% había sido testigo de acciones de abuso o negligencia. La distribución de tales acciones aparecen en la tabla 1.

Tabla 1
Testigos de diversas acciones abusivas en residencias de ancianos

	%
Abuso psicológico o verbal	64
Negligencia física	58
Aplicación inadecuada de restricciones físicas	39
Negligencia psicológica	38
Maltrato físico	37
Uso inadecuado de restricciones químicas	14
Abuso sexual	0’6 (una persona)

Fuente: Aging Today (2001) vol. XXII, nº 5: 15.

En la tabla 2 se muestran los datos sobre prevalencia, así como las características técnicas de los estudios y otros datos, comparando los casos presentados por Rosalie Wolf ante la Comisión Especial sobre Envejecimiento del Senado de los Estados Unidos, en la audiencia sobre “La vergüenza del secreto social: El maltrato a las personas ancianas y violencia familiar” el martes 11 de abril de 1995 (Wolf 1996). Rosalie Wolf fue presidenta del Comité Nacional para la Prevención del Abuso a las Personas Ancianas, y de la propia Red internacional INPEA, así como directora del Instituto sobre Envejecimiento. En la tabla se muestran las características de las muestras y datos. En el estudio de Canadá donde se introdujo la cuestión del abuso económico se observa que su prevalencia (2’5%) es superior a la de

Tabla 2
Comparación de estudios y resultados

Autor/es	Pillemer, K. y D. Finkelhor	Podniecks, E.	Kivela, S. L. et al.	Ogg, J.
Publicación	1988. “Prevalence of elder abuse: A random sample survey”, <i>Gerontologist</i> , 28, nº 1: 51-57	1992. “National survey on abuse of the elderly in Canada”, <i>Journal of Elder Abuse & Neglect</i> , 4, nos. 1 y 2: 5-58	1992. “Abuse in old age: epidemiological data from Finland”, <i>Journal of Elder Abuse & Neglect</i> , 4, nº 3: 1-18	1993. “Researching elder abuse in Britain”, <i>Journal of Elder Abuse & Neglect</i> , 5, nº 2: 37-54
Ámbito	Área Metropolitana de Boston	Canadá	Finlandia. Una ciudad semi industrializada	Inglaterra
Características del estudio	Entrevistadas 2.000 personas de 65 y más años no institucionalizadas	Muestra nacional representativa. Entrevista telefónica. Se añaden preguntas sobre abuso económico	Cuestionarios escritos y evaluaciones clínicas	Muestra nacional. Se añaden más preguntas al cuestionario de USA y Canadá
Abuso Físico...	... 2’0%	... 0’5%	Total de todos los tipos: 5’4%	... 1’7%
Abuso Verbal..	... 1’1%	... 1’4%		... 5’6%
Negligencia.....	... 0’4%	... 0’4%		... --
Abuso económico	... --	... 2’5%		... 1’5%
TOTAL	... 3’2%	... 4’0%		
Compañero/a	... 58%			Por algún familiar
Hijos/as	... 24%			
Género Víctimas	Alrededor del 50% eran varones y otro 50% mujeres	Alrededor del 50% eran varones y otro 50% mujeres	El 2% de los varones El 7% de las mujeres	

Fuentes: a) Rosalie S. Wolf (1996) “Elder abuse and family violence: Testimony presented before the U. S. Senate Special Committee on Aging”, *Journal of Elder Abuse and Neglect*. Binghamton, NY: The Haworth Press, vol. 8, nº 1: 81-96. b) Hannie Comijs (1999) *Elder Mistreatment: Prevalence, risk indicators and consequences*. Amsterdam: Vrije Universiteit: 12. Elaboración propia.

los otros tipos de abuso. En el de Inglaterra destaca la prevalencia del abuso verbal. Sin embargo, puede deberse a diferencias en la operacionalización de este tipo de maltrato (Comijs 1999: 12). Se observa en general que todos los estudios muestran una prevalencia que puede considerarse baja, y aunque siempre se producen problemas de comparabilidad, el hecho de que se observe cierta similitud entre los diferentes estudios resulta relevante (Bennett y Kingston 1993: 151).

Un estudio realizado a mediados de la década de los 90 del siglo pasado por Hannie Comijs en la ciudad de Ámsterdam, muestra los resultados que aparecen en la tabla 3. Las personas participantes eran personas encuestadas en el Estudio de los Ancianos de Amsterdam (Amsterdam Study of the Elderly, AMSTEL). Se trata de un estudio sobre funcionamiento cognitivo y declive realizado entre las personas de 65 y más años no institucionalizadas. Se eligió para la muestra una proporción fija de personas seleccionadas al azar entre estratos de cinco años: 65-69, 70-74, 75-79, y 80-84 (Comijs 1999: 22). En todos los subgrupos excepto en el de 84 y más años, se observa una prevalencia total superior al 5%, siendo en todos los subgrupos la más alta la relativa a la agresión verbal crónica. Sobre la prevalencia total se observa que con un intervalo de confianza del 95%, las estimaciones que se hacen sobre las personas de 69 a 90 años que pueden estar sufriendo un tipo de maltrato o más en la ciudad de Ámsterdam, es de entre 3.000 y algo más de 4.000 personas.

Completaré la información analizando a continuación algunos resultados obtenidos en mi investigación ya citada⁵.

Tabla 3
Prevalencia de maltrato a las personas ancianas en la ciudad de Ámsterdam por subgrupos de edad (año 1994)

Tipo de abuso	69-73 n=572	74-78 n=467	79-83 n=442	84 y más n=316	Total N=1.797	Intervalo de confianza 95%	Estimación sobre la población de Amsterdam
Negligencia	0'3	--	0'5	--	0'2	0 - 1'9	0 a 267
Agresión verbal crónica	3'3	3'9	3'2	2'2	3'2	2'4 - 4'0	1.603 a 2.671
Agresión física	1'7	1'1	1'1	0'3	1'2	0'7 - 1'7	467 a 1.135
Abuso económico	1'4	1'1	1'6	1'9	1'4	0'9 - 1'9	601 a 1.269
Prevalencia total	6'3	5'8	5'4	4'4	5'6	4'6 - 6'6	3.072 a 4.407

Fuente: Hannie Comijs (1999) *Elder Mistreatment: Prevalence, risk indicators and consequences*. Amsterdam: Vrije Universiteit: 25. (Población de Amsterdam comprendida entre los 69 y 90 años: que vive de manera independiente: 66.776 personas).

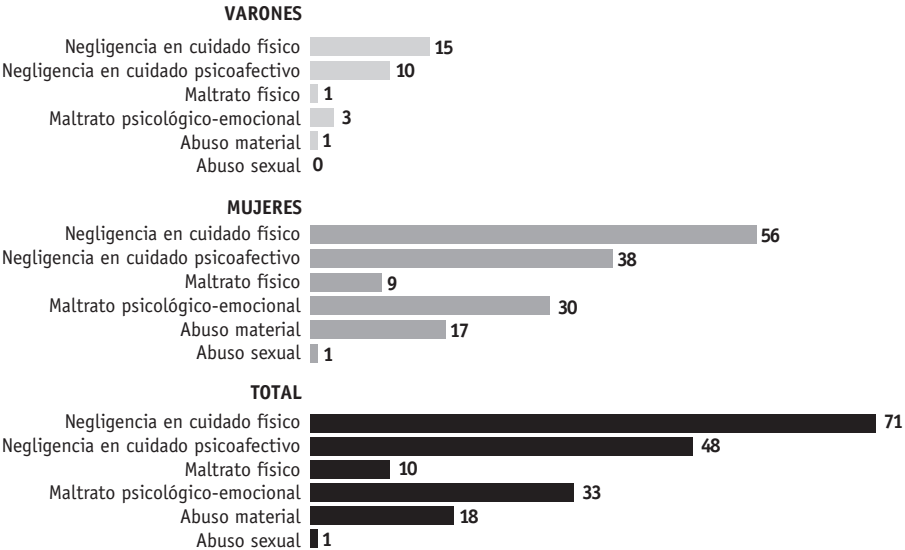
⁵ Información más amplia puede verse en Bazo 2001.

En el gráfico 1 se presenta el número total de casos por tipos de maltrato y género. Habitualmente, y en la presente investigación se ha observado lo mismo, las personas suelen sufrir más de un solo tipo de maltrato al mismo tiempo. Es por lo que si se sumaran esas cifras el total superaría el número total de casos detectado.

Si se analiza el gráfico 2 (siguiente página) se observa que todas las personas analizadas, sean varones o mujeres, sufren más negligencia, sea en el cuidado físico y psicoafectivo, que propiamente malos tratos. Sin embargo, el maltrato físico entre las mujeres representa una proporción del doble de casos (11%) que entre los varones (5%). El maltrato psicológico y emocional se da entre las mujeres en una proporción de más del doble que entre los varones (36% y 15% respectivamente), y el abuso material es entre ellas cuatro veces el de los varones (20% y 5% respectivamente). Resumiendo, la proporción de los varones que sufren desatención física y psicológica es algo mayor que entre las mujeres, mientras que en ellas el riesgo de sufrir malos tratos físicos, psicológicos, así como abuso material, y –aunque sea un sólo caso el detectado en la muestra– sexual, es notablemente mayor que entre los varones.

Gráfico 1

Número total de casos de maltrato por tipos de maltrato y por género



También se ha tenido en cuenta los tipos de dependencia y su posible relación con los distintos tipos de maltrato, resultados que se presentan en la tabla 4.

En cuanto a la negligencia en el cuidado físico, parecen variables influyentes la dependencia para vestirse, asearse, y parece que especialmente para alimentarse. No se aprecian diferencias notables con relación a la negligencia en el cuidado físico, entre quienes tienen problemas de movilidad y quienes no los tienen, ni sobre todo entre quienes controlan los esfínteres y quienes no los controlan, ya que todas

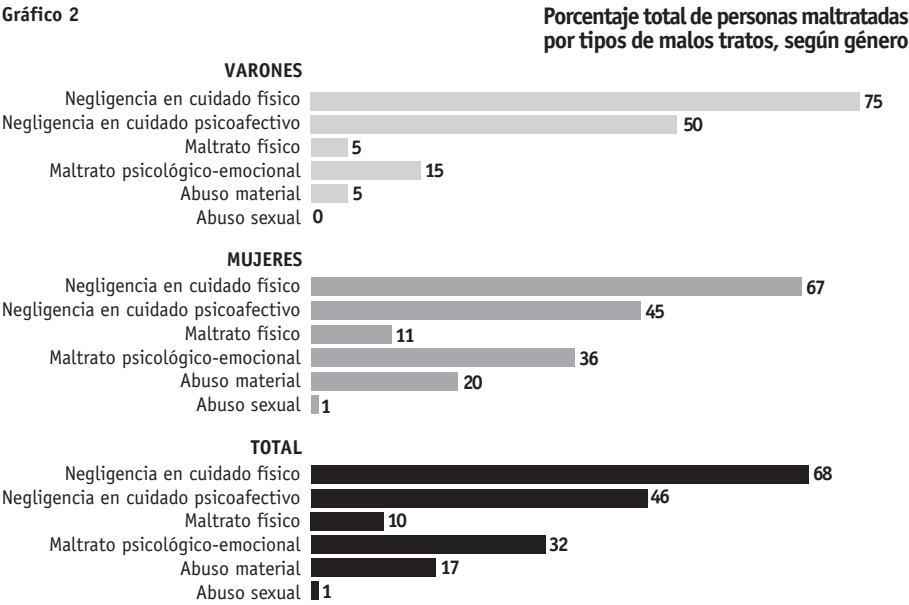


Tabla 4
Tipos de negligencia y maltrato por tipos de dependencia (%)

	Vestido		Aseo Personal		Movilidad		Alimentación		Control de Esfínteres	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Negligencia cuidado físico	85	49	76	53	74	67	79	59	74	71
Negligencia cuidado psicoafectivo	44	46	47	35	46	42	48	38	56	38
Maltrato físico	5	12	9	--	9	4	9	6	3	10
Maltrato psicoafectivo	19	46	29	24	27	33	22	38	27	29
Abuso material	12	21	15	18	13	21	19	9	12	17

esas personas sufren en proporciones parecidas, y también altas, la falta de atención en el cuidado físico. Parece pues que en ambos tipos de actividad coinciden otras características que neutralizan el “efecto beneficioso” de la independencia como preventivo de sufrir negligencia en el cuidado físico.

La negligencia en el cuidado psicoafectivo es el segundo tipo de abuso que sufren más las personas de la muestra. Entre quienes tienen dificultades en alguna de las actividades de la vida cotidiana, parece que aquellas personas que son dependientes de otras para el aseo personal, la alimentación y el control de esfínteres, son las que pueden sufrir más este tipo de negligencia. Sobre todo en este último tipo de dependencia (dificultad para el control de esfínteres) donde la diferencia porcentual en la experiencia de este tipo de abuso es la mayor, y la única que supera el 50%. Parece posible que la necesidad de limpieza corporal, la mayoría de las veces por parte de otras personas, pueda conllevar por parte de quien la realiza actitudes y gestos de disgusto, desagrado y reproche hacia la persona dependiente. En las otras dos actividades (vestido y movilidad) no se observan diferencias en cuanto a ser dependiente o independiente. Es decir, se sufre en proporciones iguales o similares la negligencia de carácter psicoafectivo. Se puede recordar que por género las proporciones son similares en cuanto a padecer carencia de atención afectiva.

Respecto al maltrato físico, hay que tener en cuenta que sólo en 8 casos se ha observado, pero algunos aspectos llaman la atención. Precisamente entre las personas que son autónomas para el vestido lo sufre un 12% de las mismas y un 5% de quienes son dependientes, así como el 10% de quienes controlan los esfínteres frente al 3% de quienes son dependientes. De esta primera visión, parecería que al menos en esas dos actividades la autonomía no prevendría del maltrato físico. Puede que otras variables influyan en esa situación, aunque el escaso número de personas en las que se ha observado maltrato físico lleva a la prudencia a la hora de elaborar hipótesis explicativas. En cuanto a la capacidad para el aseo personal no aparece nadie maltratado entre quienes son autónomos en esa actividad. En el resto de actividades no se observan diferencias.

En el maltrato psicoafectivo llama también la atención que el 46% de quienes no tienen problemas para vestirse sufra ese tipo de maltrato, frente al 19% de quienes tienen problemas. Algo parecido aunque en menor proporción ocurre con quienes no tienen problemas para alimentarse que sufren maltrato psicoafectivo en una proporción del 38% frente al 22% de quienes dependen de alguien. En el resto de las actividades no se observan diferencias. En relación al abuso material, el 21% de las personas que son autónomas para vestirse sufre ese tipo de abuso, frente al 12% de quienes son dependientes. Algo parecido ocurre a quienes no tienen problemas de

movilidad, pues el 21% del grupo sufre este tipo de abuso frente al 13%. Estos datos no avalarían otros resultados en los que la vulnerabilidad de las personas ancianas las hace víctimas más probables de malos tratos.

Puede que otras circunstancias influyan en tales resultados, y puede concluirse que se necesita más información que la obtenida para realizar otros tipos de análisis. Por otro lado, el análisis cualitativo en base a entrevistas en profundidad a la persona anciana, sus familiares y cuidadores, permitiría un conocimiento más vasto y afinado (pero no pudo hacerse debido a las dificultades que presenta este tipo de investigación, que exigió un total anonimato). Se hace preciso investigar en todos estos aspectos, y capacitar y dotar de instrumentos para la detección del maltrato, así como para su abordaje e intervención a los/as trabajadores sanitarios, sociales y los servicios generales de atención a las personas ancianas.

Referencias bibliográficas

Aging Today (2001) vol. XXII, nº 5.

Aitken, L. y G. Griffin (1996) *Gender Issues in Elder Abuse*. Londres: SAGE.

Bazo, María Teresa (2003) "Violencia familiar contra las personas ancianas que sufren dependencia y enfermedad", *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 11: 35-46.

Bazo, M. T. (2001) "Negligencia y maltrato a las personas ancianas en España" (2001) *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, nº 36 (1) pp.: 8-14.

Bennett, G. y P. Kingston, (1993) *Elder Abuse: Concepts, Theories and Interventions*. Londres: Chapman & Hall.

Bennett G., Kingston P. & Penhale. *The Dimensions of Elder Abuse: Perspectives for Practitioners*. Basingstoke, Macmillan, 1997.

Biggs, S., Ch. Phillipson, y P. Kingston (1995) *Elder Abuse in Perspective*. Buckingham: Open University Press.

Brown, H, Wilson, B. & Kingston, P. (2000) *Comment: Unpacking Discriminatory Abuse*. *Journal of Adult Protection* 2, (3) p.17-18.

Comijs, Hannie (1999) *Elder Mistreatment*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Duffy, A. y J. Momirov (1997) *Family Violence: A Canadian Introduction*, Lorimer.

Glendenning, F. (1999) "Elder abuse and neglect in residential settings: The need for inclusiveness in elder abuse research" en Glendenning, F. y P. Kingston (eds.) *Elder Abuse and Neglect in Residential Settings*. Londres: The Haworth Press.

Griffin G., Aitken L., 1999. *Visibility blues: Gender issues in elder abuse in institutional settings*. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 10: (1/2) 29-42.

Juklestad, O. N. (2001) "Institutional care for older people: The dark side", *The Journal of Adult Protection*, v. 3, nº 2.

McCreadie, C. (2002) "A review of research outcomes in elder abuse", *The Journal of Adult Protection*, v.4, nº 2.

Nolan, M. (2000) "Las relaciones cuidador-persona dependiente y la prevención del maltrato a los ancianos" en P. Decalmer y F. Glendenning (comps.) *El maltrato a las personas mayores*, Paidós.

Pillemer, K. (1993) "The abused offspring are dependent. Abuse is caused by the deviance and dependence of abusive caregivers" en R. J. Gelles y D. R. Loseke (eds.) *Current Controversies on Family Violence*, Sage.

Steinmetz, S. K. (1993) "The abused elderly are dependent. Abuse is caused by the perception of stress associated with providing care" en R. J. Gelles y D. R. Loseke (eds.) *Current Controversies on Family Violence*, Sage.

Wolf, R. S. (1996) "Elder abuse and family violence: Testimony presented before the U. S. Senate Special Committee on Aging", *Journal of Elder Abuse and Neglect*. Binghamton, NY: The Haworth Press, vol. 8, nº 1: 81-96.

Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato al anciano

OMS: Organización Mundial de la Salud

Universidad de Toronto y Universidad Ryerson, Ontario, Canadá

INPEA: Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano

El maltrato a las personas mayores se ha reconocido como un problema global sólo recientemente. El trabajo de apoyo de INPEA y el énfasis dado por la Organización Mundial de la Salud para la prevención del maltrato al anciano, han contribuido de forma significativa a elevar la alerta en todo el mundo. Instituciones académicas, a nivel mundial, han contribuido también de forma sustancial a aumentar el entendimiento y elevar la alerta y han desarrollado herramientas metodológicas para estudiar el problema. Sin embargo, aún queda mucho por hacer.

Por un lado se necesita más investigación, –por ejemplo a través de las líneas del proyecto conjunto semina “Respuesta Global al Maltrato al Anciano”, que ha producido la publicación “Voces Ausentes – Visión de las Personas Mayores sobre el Maltrato al Anciano”; y por otro lado la acción práctica a nivel nacional, regional y local.

Hace veinte o treinta años, todas las sociedades del mundo negaban la existencia de violencia contra la mujer y el maltrato infantil. La evidencia vino a través de la investigación. Como resultado, la sociedad civil ejerció la presión adecuada para la acción desde los gobiernos. El paralelismo con el maltrato al anciano es claro.

“El maltrato a las personas mayores es un acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o distrés a una persona mayor”. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o no intencionada”.

Esta declaración es una Llamada a la Acción dirigida a la prevención del maltrato a las personas mayores.

Puntos que deben ser considerados:

- Faltan bases legales. Cuando se identifican casos de maltrato al anciano, con frecuencia no se abordan por falta de instrumentos legales apropiados para responder a ellos.
- La prevención del maltrato a las personas mayores requiere la implicación de múltiples sectores de la sociedad.
- Los trabajadores de atención primaria tienen un papel particularmente importante, ya que tratan con los casos de maltrato al anciano de forma regular – aunque con frecuencia no los reconocen como tales.
- Es vital la educación y diseminación de la información – tanto en el sector formal (educación a profesionales) como a través de los medios de comunicación (combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos sobre las personas mayores).
- El maltrato a las personas mayores es un problema universal. La investigación realizada hasta ahora muestra que es prevalente, tanto en el mundo en desarrollo como en el desarrollado. En ambos, el mal-

tratador suele ser bien conocido por la víctima, y es en el contexto familiar y/o en la unidad donde se aportan los cuidados donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato.

- Es fundamental una perspectiva cultural para entender en profundidad el fenómeno del maltrato al anciano – es decir, el contexto cultural de cualquier comunidad particular en que ocurra.
- Es igualmente importante considerar una perspectiva de género, ya que los complejos constructos sociales relacionados ayudan identificar el tipo de maltrato y quién lo inflige.
- En cualquier sociedad algunos subgrupos de población son particularmente vulnerables al maltrato a las personas mayores – como los muy ancianos, los que sufren incapacidad funcional, las mujeres y los pobres.
- En definitiva, el maltrato a las personas mayores sólo se podrá prevenir de forma eficaz si se desarrolla una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y que rechace la violencia.
- No es suficiente identificar los casos de maltrato a las personas mayores. Todos los países deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de servicios (sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etc.) para responder de forma apropiada y eventualmente prevenir el problema.

El Plan Internacional de Acción de Naciones Unidas adoptado por todos los países en Madrid, en abril de 2002, reconoce claramente la importancia del maltrato a las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos Humanos Universales. La prevención del maltrato a las personas mayores en un mundo que envejece, es un asunto de todos.

“En Ontario el maltrato a las personas mayores no será tolerado. Es por eso que estamos lanzando nuestra estrategia provincial integral para combatir el maltrato a las personas mayores”.

Ministro De Faria, Ministro de Ontario Responsable de las Personas Mayores.

Esta declaración se diseñó en una reunión de expertos, patrocinada por el Gobierno de Ontario en Toronto, el 17 de noviembre de 2002.

Más información en los siguientes sitios web: www.who.int/hpr/ageing, www.inpea.net y www.onpea.org



EXPERIENCIAS EN RELACIÓN CON EL MALTRATO Y EL ABORDAJE DESDE LAS INSTITUCIONES Y ENTIDADES



ANA ORBEGOZO ARANBURU

Licenciada en Antropología Social y Cultural.

Diplomada en Enfermería.

Donostia-San Sebastián.

Introducción

El maltrato al anciano emerge como problema social recientemente, esto no significa que el problema no existiera, siempre ha existido, pero debido al creciente envejecimiento de la población se han comenzado a presentar signos de alarma social y preocupación por parte de las Instituciones.

La Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores celebrada en el año 2002, planteaba unos puntos a considerar:

- Faltan marcos legales.
- La prevención del Maltrato de las Personas Mayores requiere la participación de múltiples sectores de la sociedad.
- Los trabajadores de salud de atención primaria tienen un papel particularmente importante para detectarlos.
- Es vital la educación y diseminación de la información tanto en el sector formal como a través de los medios de comunicación.
- El Maltrato de las Personas Mayores es un problema universal, que se da tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo.
- Es fundamental una perspectiva cultural y de género para comprender en profundidad el fenómeno del maltrato.
- El Maltrato de las Personas Mayores sólo se podrá prevenir en forma eficaz si se desarrolla una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y que desprecie la violencia.
- Todos los países deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de

los servicios (sanitarios, sociales, legales, policiales, etc.) para responder de forma adecuada y eventualmente prevenir el problema.

El maltrato a los niños escandaliza a cualquier sociedad civilizada; el de las mujeres, mucho menos, aunque tanto uno como otro son ya fenómenos de contornos visibles. El maltrato a los ancianos es tan real como los dos primeros pero no ha adquirido aún la relevancia que merece por la magnitud de un problema que va a más. Estos malos tratos quedan casi siempre escondidos, y es que el desconocimiento generalizado de este problema y de sus dimensiones explica que hasta ahora no se haya producido una revuelta social como la que ha puesto fin a la impunidad tradicional en la violencia de género y de los niños en el ámbito doméstico.

Los mayores suponen un referente ético absolutamente necesario en una sociedad como la nuestra que va perdiendo valores importantísimos para el bien común. Una sociedad que desprecia a los mayores es una sociedad enferma y estúpida porque no muestra respeto ni sensibilidad y porque no tiene en cuenta la importancia cualitativa ni cuantitativa que está cobrando este segmento creciente de la sociedad. Pero la mayoría de los ancianos pasan prácticamente desapercibidos y ocultos en la sociedad. Hay discriminación política, social y empresarial por la edad y muy pocos luchan por desterrar el estereotipo social anacrónico que asimila el mayor con el enfermo, lo pobre, lo inculto o inútil. Las instituciones y las empresas deben reflexionar en profundidad sobre la discriminación y los malos tratos a los mayores y deben adoptar medidas eficaces para impedirlo.

Entre un 4 y un 5% de los mayores de 65 años sufren maltrato en el mundo. La cifra, extrapolada de distintos estudios internacionales, es aplicable también a España, donde casi 7 millones de personas superan esta edad. Un cálculo aproximado arrojaría un saldo de casi 350.000 mayores abusados. Se trata de estimaciones de un fenómeno aún subterráneo, del que «ni siquiera asoma la punta del iceberg», en palabras de José Sanmartín, director del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Según cálculos orientativos de este Centro, entre 1995 y el 2001 el maltrato de ancianos por parte de sus hijos creció «un 472%» en España.

El 5% de los ancianos es víctima de maltratos por sus cuidadores. El envejecimiento de la población multiplica un fenómeno que acostumbra a pasar desapercibido. Dos de cada tres maltratados son mujeres con más de 75 años. El cónyuge y, sobre todo, los hijos, suelen ser los principales agresores. El drama tiene lugar en el domicilio familiar, escenario también de uno de cada 5 homicidios de mayores de 65 años. Cuando el maltrato es sólo negligente, las culpables suelen ser mujeres, al ser el cuidado de los ancianos en el hogar una tarea aún abrumadoramente femenina.

Pero el maltrato psicológico, es el dominante, las amenazas, los desprecios, la falta de cuidados; y el sexual, tampoco es nada desdeñable; y el económico, es muy habitual ya que un alto porcentaje de los maltratadores mantiene una relación de dependencia económica con la víctima, a la que expolian pensiones, patrimonio y otros bienes.

Como dicho anteriormente, la mayoría de las agresiones a los ancianos en nuestro país son síquicas, por lo que resulta difícil mantener un conocimiento exhaustivo y actualizado de estos casos. En muchas ocasiones las víctimas dependen de sus agresores y no se atreven a denunciarlos.

Es del todo necesario que la sociedad tenga conciencia de la realidad del maltrato, que a menudo se esconde y que se hace difícil de diagnosticar, de la dificultad de la prevención, de desconocimiento de los aspectos éticos y legislativos debe acompañarse a un enfoque correcto.

Valoración e identificación del problema

El hecho de cuidar en el campo de la gerontología es complejo debido a la diversidad de problemas y situaciones en que se encuentran las personas mayores. Sabemos que la enfermedad, la incapacidad y la dependencia hacen que la persona se encuentre en una situación de vulnerabilidad pero en ningún momento justifica anular la toma de decisiones por sí misma. Capacitar a las personas para que puedan participar en la toma de decisiones es un objetivo y una acción de educación sanitaria.

Las personas necesitan tener un entorno que les dé seguridad, entendiendo la seguridad de manera global. La atención a la morbilidad, alteraciones neurológicas, los trastornos cognitivos, la falta de comprensión y de afecto... limitan la seguridad de las personas, independientemente del sitio dónde se ofrezcan los servicios y de los cuidadores. En nuestra labor profesional debemos preguntarnos:

- ¿Cómo favorecer un trato adecuado a las personas mayores en cada ámbito de actuación (comunitario, hospitalario, social)?
- ¿Cómo potenciar una atención basada en el respeto de los derechos humanos?

Recientemente la Asociación Médica Americana (AMA) ha sugerido que todos los profesionales sanitarios que atienden a pacientes de edad avanzada deben interrogar al anciano sobre la posibilidad de violencia familiar, incluso en ausencia de síntomas y signos atribuibles a abuso y/o negligencia. Esta recomendación es razonable por dos hechos: por el incremento de la prevalencia de abusos en países desa-

rollados, y por la existencia de formas asintomáticas de violencia que son muy difíciles de reconocer.

Según esta asociación, a todos los pacientes mayores se les debe realizar una valoración que nos informe sobre la posible existencia de violencia en el seno de la familia, y que una vez identificado al anciano víctima de malos tratos, se le debe valorar de una manera exhaustiva y detallada.

Los principales componentes de un protocolo para la detección sistemática del anciano maltratado deben incluir:

- Una historia clínica y una valoración geriátrica, valorando el grado de dependencia funcional, así como el deterioro cognitivo.
- Observación del comportamiento del cuidador.
- Aspectos generales del anciano.
- Exploración física exhaustiva.
- Exploración psíquica completa.
- Valoración de los recursos económicos y sociales.
- Realización de exploraciones complementarias.

Debemos tener en cuenta que, a la hora de diagnosticar un caso de maltrato, va a ser necesaria una especialísima agudeza por parte del personal sanitario que asiste a los ancianos, no sólo para saber captar los datos físicos, sino para apercibirse de ciertos indicadores sugestivos en el comportamiento del paciente y también del acompañante o cuidador. Se trata en ocasiones de una labor que sobrepasa la puramente labor asistencial para extenderse a la de investigador social.

Evidentemente, esta intervención supone una disrupción e intromisión en la dinámica familiar y/o institucional que constituye un arma de doble filo ya que puede conducir a soluciones drásticas, como la institucionalización del anciano, no siempre aceptada por el mismo, o puede desembocar en situaciones contraproducentes si no se consiguen los efectos deseados al acarrear un endurecimiento y multiplicación de los factores negativos que rodean a la situación de maltrato.

El mayor riesgo de malos tratos se produce en los pacientes que más cargas de trabajo generan, es decir, cuanto más inválida y dependiente es una persona, mayor es el riesgo de sufrir unos malos tratos (Menio, 1996). Todas las personas mayores son susceptibles de ser maltratadas, el principal factor de riesgo reside en la asociación de edad avanzada y de dependencia. Por todo ello, debemos tener en cuenta que:

- Todos los ancianos son víctimas potenciales.
- La tipología y características del cuidador pueden ser base fundamental para la detección de situaciones de riesgo.
- Una evaluación que se precie sobre un supuesto caso de maltrato debe incluir además de la víctima, al cuidador y al ambiente en que se da el maltrato.

Maltrato institucional

Las instituciones sean públicas o privadas están sometidas a inspecciones y exigen un mayor grado de profesionalización, lo cual redundará en una mayor garantía para el anciano que recibe de esta forma mayor protección frente a los malos tratos. La casuística indica que los casos de malos tratos son inferiores en una institución que en los domicilios propios, donde se establece un coto cerrado a terceros, y debilitan aún más las actuaciones de las personas mayores, ello no significa que el domicilio no sea un lugar seguro y aconsejable para la persona mayor, sino que el domicilio es un lugar de más difícil acceso para el conocimiento de los hechos y la actuación de la justicia.

Pero aunque el maltrato en instituciones geriátricas es una realidad menor, los expertos denuncian en ocasiones la falta de vigilancia y medios de inspección en estos centros, a menudo con poco personal y mal cualificado, y la ausencia de criterios homogéneos de control entre las comunidades autónomas.

Pillemer y Moore inspeccionaron a 577 enfermeras y auxiliares de 31 residencias, para determinar la existencia de abuso físico y/o psicológico. Obtuvieron resultados alarmantes referidos a la alta incidencia de abusos en estos lugares. Revelaron que el 10% de ellos habían realizado actos de abuso físico en el último año, y el 40% admitieron abusar psicológicamente de los residentes.

Las formas más comunes de abuso físico se referían a temas relacionados con la seguridad de los pacientes, la sujeción indebida, empujar, coger, golpear al paciente con un objeto o con el pie, o lanzar objetos a los pacientes. Las formas más comunes de abuso psicológico eran los enfados, gritos, juramentos, insultos y el aislamiento. Estudios posteriores (Hudson, 1992, Braun 1997 y Saveman 1999) también demostraron este tipo de resultados.

Según estos estudios el abuso en residencias incluye también las prácticas ya institucionalizadas que dan lugar a la negligencia crónica, los cuidados insuficientes, las prácticas autoritarias, y la falta de proteger a residentes contra trabajadores inexperimentados o contra residentes o visitantes abusivos.

Las formas sutiles de abuso también se han explorado e incluyen negar a residentes decisiones relativas a la alimentación, levantarse o acostarse, o ejercer presión sobre los residentes para participar en actividades. Otros autores también han observado que el tipo de instalaciones que se diseñan o utilizan para las distintas actividades puede plantear prácticas discriminatorias, ya que puede favorecer a los residentes más autónomos y capaces. También la mayoría de los estudios asumen que los trabajadores abusivos de estas residencias no están actuando de forma premeditada, pero que están respondiendo a la naturaleza altamente agotadora y estresante del trabajo, como puede ser la relativa a las altas cargas de trabajo, o a la existencia de conflictos interpersonales.

También parece que son fuentes de la tensión de estos trabajadores la amenaza de la agresión verbal y la violencia física de los residentes, la presión de los supervisores y la de los miembros de la familia.

En el caso del abuso psicológico, se ha demostrado que:

- la edad parece ser una característica significativa, siendo los abusadores más jóvenes que los no abusadores (Pillemer y Moore, 1990).
- Y que las actitudes negativas de los empleados hacia residentes son también un factor significativo del abuso psicológico: actitudes como por ejemplo el pensar que estas personas mayores están “esperando para morir” o que son “como los niños que necesitan a veces ser disciplinados”.

Estos estudios sugieren que los rasgos y las circunstancias de la personalidad de los trabajadores influyen su capacidad de hacer frente a la agresión de los pacientes; dicen también que ciertos trabajadores desarrollan una cierta “inmunidad,” o tolerancia a la agresión de los residentes; y que esta capacidad de desarrollar y sostener inmunidad se relaciona con rasgos de la personalidad, como pueden ser, por ejemplo, con la paciencia. También dicen que algunos trabajadores nunca desarrollan esta inmunidad.

Como conclusión parece ser más frecuente el maltrato entre quienes tienen una mayor insatisfacción profesional, entre aquellos que padecen más situaciones estresantes personales y entre aquellos que perciben a los ancianos como personas más infantiles y necesitadas de disciplina.

C. Maslach y S. Jackson definen el síndrome del “Burn out”: “un síndrome de profesionales, deshumanización y baja realización profesional que se da en personas que trabajan con personas”. Es una consecuencia del desequilibrio entre las demandas, la capacidad de respuesta para hacer frente, el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos.

El *burn out*, con toda la sintomatología que trae asociada conduce, sin duda, a la negligencia profesional; hace que se descuide y no se tenga el suficiente cuidado de las personas que requieren atención de los profesionales sanitarios, y esto es una agresión severa a su dignidad, y como consecuencia a sus derechos.

El maltrato dentro de una institución se puede dar de las siguientes formas, y enfermería debe estar alerta para identificarlas, por ejemplo:

- No suministrar adecuadamente los medicamentos.
- No proporcionar condiciones ambientales adecuadas.
- Pronunciar comentarios inadecuados o hirientes.
- No permitir la intimidad (higiene, sexo, soledad, ...).
- Restricciones físicas: 35-60 % de personas dependientes.
- No tener en cuenta las barreras arquitectónicas.
- No proporcionar lecturas, distracciones, actividades.
- Falta de un plan adecuado de cuidados.

Las indicaciones de las restricciones físicas son por evitar o reducir riesgo de caídas, evitar posturas anómalas, prevenir lesiones, potenciar terapias conductuales, evitar deterioro de las instalaciones. Estas sólo se han de utilizar como medida terapéutica valorando las indicaciones específicas, definiendo objetivos concretos, especificando la duración, con consentimiento de la persona, informando a la familia y con registro a la historia clínica. Antes de utilizarlas hace falta valorar las contraindicaciones y buscar formas alternativas de prevención de riesgos.

Para la aplicación de medidas de sujeción debe tenerse un protocolo con contenidos mínimos que contemplen la identificación de la persona y el registro de datos, la información de la persona y de familia, descripción de los pasos a seguir, limitación de tiempo, evaluación de las incidencias o complicaciones y revisión.

Como principios generales para valorar la aplicación de una sujeción física debe contemplarse la contención física como una medida excepcional, tiene que respetar la autonomía y dignidad de la persona, su aplicación debe valorarse con criterio multidisciplinar y exige comunicación y contacto humano. Es necesario el consentimiento informado, tiene que ser una medida temporal y debe llevarse a cabo personal especializado tanto técnica como humanamente.

Competencia profesional

Para cuidar es necesario tener conocimiento, sentirse motivado y que haya consentimiento entre el cuidador y la persona para dejarse cuidar. Pero en la práctica

diaria se sabe que existen infinidad de relaciones afectivas y emocionales complejas que interfieren muchas veces entre la persona y el cuidador. Cuidar de una persona mayor es gratificante pero también resulta agotador tanto físicamente como emocionalmente. A menudo los profesionales se encuentran con presiones excesivas que pueden conducir a tener malhumor, frustraciones, impotencia... Estas respuestas se pueden ver como normales, pero no pueden justificar ningún trato inadecuado en el momento de cuidar.

La tarea de cuidar a personas mayores con dependencia muchas veces irreversible, o bien en fase terminal, no es fácil para los profesionales. Tienen que percibir que su trabajo es valorado no únicamente de forma cuantitativa sino también cualitativa y saber que su tarea es relevante dentro del equipo. Es decir, encontrar sentido a un sentimiento profesional.

En los últimos años se habla del envejecimiento de la población y del fenómeno de la dependencia que no es nada nuevo, pero que se ha convertido en un problema social nuevo. Lo podemos valorar desde el punto de vista cuantitativo (incremento de grandes contingentes de personas mayores), social (se trata de un nuevo fenómeno “social” que afecta a la sociedad en conjunto) y de su naturaleza (limita el estado de bienestar e implica nuevos compromisos de atención y de protección). Por otro lado parece que no hay demasiados estudios que analicen las preferencias de la gente mayor. Por lo que se conoce, se sabe que la gente mayor prefiere vivir y ser atendida en casa y otorga a la familia un papel significativo en la atención de su dependencia.

No debemos de tratar el concepto de la dependencia como una categoría homogénea atendiendo al amplio abanico de situaciones y de respuestas individuales que se esconden bajo este concepto.

Por otro lado la excelencia profesional de los profesionales sanitarios es lograr en cualquier circunstancia abarcar tanto todos los aspectos técnicos propios de la profesión como los aspectos éticos. Se trata de adquirir unos conocimientos, unas habilidades y actitudes que nos ayuden no sólo a ser buenos profesionales, sino también profesionales buenos. La excelencia profesional encuentra su fundamentación en la dignidad de la persona.

Respecto a la razón ética de los cuidados al anciano por parte de quienes nos dedicamos profesionalmente a ello, hay tres elementos que nos puede ayudar, por una parte, a dar razón de este genuino comportamiento humano y, por otra, a perfilar el cuidado como buen trato con nuestros mayores:

La alteridad “del otro que yo”, el otro, ser humano vulnerable por su ancianidad, sometido a malos tratos y por ende, necesitado de ayuda. Cuando el ser humano

tiene necesidad de los otros, está poniendo de manifiesto la necesidad de socorro. Esta llamada del otro, anciano maltratado o con riesgo de serlo es lo que constituye y argumenta la función profesional del cuidador geriátrico. Esta alteridad es la que “de suyo” debe orientar y normativizar el “modo de ser” o “carácter” del cuidado, el buen trato debido a los mayores.

Vulnerabilidad: Ser anciano es ser vulnerable y conlleva estar expuesto a más erosión, a más desafecto en el vivir diario, a más soledad, y en muchos casos a estar más expuesto a sufrir malos tratos y más abusos. Entendemos por “vulnerabilidad” aquella condición del ser humano por la que su vida sobrenada dentro de ciertos límites y exigiendo ciertos contenidos sin los cuales dejaría de ser tal (alimentos, casa, seguridad, libertad, valores, identidad cultural, ...).

Tal vulnerabilidad de las personas mayores, por las que sufren malos tratos, lo profesionales sanitarios no podemos permanecer pasivos, sino que debemos responder de forma solidaria, ayudándole a desarrollar su autonomía personal, física, moral e intelectual. El principio de la vulnerabilidad es por lo tanto un imperativo categórico de nuestro trato y atención para con las personas mayores, y que nos obliga a los profesionales a empeñarnos en la prevención, en la protección y en la esperanza vital que necesitan.

La responsabilidad: Es el reconocimiento efectivo de la dignidad humana que conlleva todo ser humano vulnerable y anciano. El desarrollo efectivo de esta responsabilidad constituye la alternativa del buen trato al de los malos tratos al anciano. Y la primera de todas las responsabilidades, es la preocupación por la vida de la persona mayor, que no es nuestra pero que nos es encomendada por su vulnerabilidad y no podemos ponerla entre paréntesis con una actuación negligente o abusiva.

Además esta responsabilidad se relaciona directamente con el ejercicio del saber y del poder; y cuanto más saber, más poder y más capacidad para hacer y deshacer. Consecuentemente nuestras acciones u omisiones tendrán mayor responsabilidad profesional respecto a las consecuencias negativas o positivas que pueden experimentar las personas mayores por el trato recibido. Por otro lado debemos trabajar adoptando posturas de autonomía profesional, es decir teniendo razones justificadas para optar por un cuidado y no por otro, y centrar como objetivo de la justificación el bienestar y la autonomía de la persona mayor.

La ÉTICA Y LA BIOÉTICA tratan de defender al débil, a las personas que por su situación personal requieren una mayor atención de la sociedad. A menudo la persona mayor y más el que se encuentra enfermo, es esa persona débil, no como persona, sino en su posibilidad de mantener su autonomía en la cobertura de las nece-

sidades de la vida diaria. A menudo ello requiere la utilización de recursos, y disponer o no de ellos es esencial para la vida de las personas mayores dependientes.

La autonomía de las personas se ve frecuentemente comprometida en la vida de las personas adultas cuando afronta problemas de salud, discapacidades físicas o psíquicas. Esto se ve agravado al añadir las propias dificultades del envejecimiento. En estas situaciones puede parecer que la toma de decisiones deba de quedar en mano de la familia y de los profesionales. La persona mayor y aún más si se encuentra enferma, corre el riesgo de ser tratada de forma paternalista, sin tener en cuenta su propia capacidad de decisión, siendo éste un aspecto importante a tener en cuenta y cambiar para no caer en una no correcta práctica profesional.

En este sentido, el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor supone considerarlo por lo tanto capaz de la toma de decisiones, para ello es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde la información, las dudas, la consideración de los aspectos de su vida cotidiana sean prevalentes. En las situaciones en las que la autonomía está limitada, hay que definir lo más claramente posible el alcance de esta limitación, ya que siempre existe algún ámbito de la vida sobre el que la persona puede tomar decisiones.

La beneficencia supone actuar siguiendo el mejor bien para el enfermo o persona dependiente. Según este principio se define la actuación profesional y compromete a los profesionales sanitarios a disponer de conocimientos suficientes para poder plantear las acciones pensando en el bien de la persona mayor. La beneficencia supone proponer a la persona mayor las mejores acciones de cuidado y terapéuticas posibles respetando su forma de vida, sus valores, creencias y sus decisiones.

Cuando la situación de salud no le permita su comprensión, se debe actuar persiguiendo el mejor bien posible para él o ella. Para ello, el conocer su historia de vida nos ayudará a poder ponernos en su lugar de forma recíproca y empática y poder pensar qué decidiría él o ella si pudiera hacerlo. Hay que recordar que sólo en casos de incapacidad mental la familia es la responsable de las decisiones. Para poder garantizar estas decisiones, se debe trabajar en la línea de conseguir un tutor legal de la persona mayor, mediante incapacitaciones legales.

La no maleficencia implica el mayor grado de exigibilidad moral respecto a los malos. No podemos hacer mal a nadie, es un principio absoluto. El hacer daño o el hacer mal no puede ser definido ni por el poder clínico del médico o del cuidador ni por lo que determine el sujeto, el anciano. El perímetro de la no-maleficencia es la justicia. Y la justicia obliga a poner entre paréntesis los intereses particulares de todos los participantes, y a actuar con equidad, es decir tratando a todos los seres humanos con igual consideración y respeto, sin establecer otras diferencias entre

ellos que las que redunden en beneficio de todos, en especial de los menos favorecidos.

Entonces, cuando no se cumple con este criterio, que es rigurosamente objetivo y tiene carácter absoluto, puede tenerse la seguridad de que se está haciendo mal a las personas, dañándolas injustamente, y por lo tanto transgrediendo el principio de la no-maleficencia.

Mantener la seguridad física y psicológica de la persona mayor y prevenir posibles alteraciones, y lesiones, es parte básica de este principio. Para ello es imprescindible disponer de estándares de cuidados y terapias, de formación suficiente, de criterios elaborados, etc., pero también supone considerar el concepto de calidad de vida desde la perspectiva y la óptica de la persona mayor. La no maleficencia, en muchos casos, supone establecer y programar cuidados respetando los hábitos de vida de la persona mayor.

La justicia como bien sabemos hace referencia a la distribución equitativa de recursos. Desde la perspectiva asistencial, el profesional que proporciona los cuidados debe establecer también una relación con la institución, a través de comisiones, grupos de trabajo, etc. para que los criterios de beneficencia y autonomía del cuidado directo sean conocidos, y cuando sea necesario se puedan establecer cambios o medidas alternativas al normal funcionamiento.

De dos conocidas palabras griegas, ger (viejo) y tánatos (muerte) surge como expresión de la eutanasia de ancianos, una modalidad de la eutanasia humana, motivo de polémicas éticas y políticas, forma de actuar no aceptada, ni practicada por la mayoría de los profesionales sanitarios.

En bastantes hospitales, centros gerontológicos y hogares, las cosas no han ido mejorando en cuanto a la relación y decisiones que se toman con y por las personas mayores. La gertanasia no en una expresión literaria del pasado, aún se realiza consciente o inconscientemente en el presente. Estos son algunos de los ejemplos que nos podemos encontrar:

- Quienes no realizan una operación quirúrgica vital a una persona por ser muy mayor, aunque ésta la aceptase, pues podría salvar su vida, perdida de no realizarse.
- La exclusión de los ensayos clínicos.
- El no ingresar a una persona mayor en una unidad coronaria en base a su edad, o quienes no ingresan pronto en unidades de cuidados coronarios a los ancianos que sufren infarto, retardando medidas terapéuticas que pueden ser salvadoras de una vida en peligro.

- La falta de protección jurídica a las personas con enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia.
- No realización de diálisis en base a la edad.
- No realización de actividades programadas en residencias.
- Quienes no inician a tiempo y practican una buena rehabilitación, el tiempo conveniente a una persona mayor con fractura de cadera, accidente cerebro-vascular, etc., porque es muy añoso, condenándolo a permanecer en cama, lo que le conducirá a la inmovilización y a la muerte.
- Quienes son responsables de que en los hospitales no haya camas adecuadas y suficientes para pacientes geriátricos y con personal asistencial suficiente y formado. La no existencia de procedimientos especiales geriátricos en hospitales, como por ejemplo la valoración nutricional a las personas mayores provocando un porcentaje elevado de malnutrición en enfermos mayores.
- Quienes provocan o mantienen a las personas mayores en deshidrataciones, hipotermia o mala alimentación por negligencia, abandono, etc.

Dentro de este marco es importante concretar la responsabilidad profesional ya que ello considera que cualquier decisión de cuidados y de atención debe tener como objetivo preservar, potenciar, y defender el bien de la persona mayor. Los derechos humanos, en el marco socio-sanitario son corresponsabilidad de todos los profesionales, y requieren la atenta consideración de todos los que intervienen en el proceso de atención.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1982, realizó un documento de recomendaciones sobre el envejecimiento. En él hace un primer bloque de recomendaciones en materia de salud y nutrición, y focaliza la atención a las personas mayores en el bienestar.

La autonomía y la autodeterminación, el respeto por la libertad individual, son bases de la convivencia social y por lo tanto del ámbito socio-sanitario de atención. La enfermedad o la situación de dependencia no tienen que suponer la renuncia a los derechos básicos, como la información, el respeto, la igualdad o la intimidad.

Partiendo del reconocimiento de ciudadano de pleno derecho que todo mayor tiene, conviene señalar los derechos y libertades especialmente protegidos y cómo la conculcación de los mismos tiene que ver con el maltrato:

- *Derecho a la igualdad plena ante la ley.*
- *Derecho a la vida.*
- *Derecho a la libertad.*
- *Derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen.*

- *Derecho a la libertad de residencia.*
- *Derecho a recibir información veraz.*
- *Derecho a la participación activa.*
- *Derecho a la tutela de los jueces.*

Prevención, formación y educación sanitaria a familiares y cuidadores

Es preciso distinguir tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria debe asumir que toda persona mayor tiene el riesgo de presentar un problema de abusos o de malos tratos, por lo que hay que intentar proporcionar ayuda a todos los individuos comprometidos en el cuidado a estas personas, así como a todas las personas mayores, dependan o no de sus cuidadores. Esta ayuda se viene a concretar en la educación sanitaria y en la formación de los cuidadores y familiares.

Dentro de este primer tipo de prevención situaríamos el trabajo profesional siguiendo modelos y estándares de calidad y de la mejora continua. Estos modelos nos permiten desarrollar el trabajo profesional mediante procesos que son medibles y evaluables mediante marcadores e indicadores.

La prevención secundaria implica la identificación de los factores de riesgo de malos tratos al anciano y la realización de prevención para localizar a individuos y familiares de alto riesgo. Recientemente en algunos países se ha desarrollado una prevención secundaria de abusos y malos tratos muy eficiente mediante programas que incluyen grupos de apoyo, programas educativos, periodos de descanso para cuidadores, etc.

Desgraciadamente, es la prevención terciaria, la que por necesidad es más frecuente. Consiste en intentar prevenir nuevos eventos una vez que haya tenido lugar alguno con anterioridad, incluye la intervención legal.

Los programas de educación familiar, la terapia familiar, los servicios de apoyo familiar que han sido desarrollados para los problemas de abusos y malos tratos al anciano no consiguen con la intensidad que quisiéramos la prevención de nuevos sucesos. La experiencia nos indica que la intervención legal sí que suele evitar la existencia de malos tratos en el seno familiar.

¿Qué podemos hacer los profesionales ante este fenómeno?

Para finalizar quiero plantear unas recomendaciones prácticas con el objetivo de contribuir a mejorar nuestra competencia profesional en el marco de la Gerontología y Geriátrica, y considerando que ellas servirán también para prevenir que se presenten estos problemas de abusos o malos tratos en las personas mayores.

- Reflexionar sobre la forma de atención, cuidado e intervención con la persona mayor y a su familia.
- Determinar con la mayor claridad posible cuál es el objetivo del cuidado y de la atención de la persona mayor.
- Identificar los principios y valores que defiende cada acción de cuidados.
- Desarrollar y/o incrementar la capacidad de establecer relaciones interpersonales de ayuda.
- Establecer normas específicas de buena praxis profesional aplicadas a la institución social o sanitaria en la que se desarrolla la atención y los cuidados, determinando los mínimos de los mismos.
- Detectar las necesidades de formación de los profesionales sanitarios. Participar si es posible activamente en la planificación y desarrollo de la formación.
- Aproximarse a los cuidadores informales (familiares, cuidadores, voluntarios, etc.), ayudándoles a identificar las necesidades de las personas mayores a su cargo.
- Ofrecerse como referente para ayudar a los cuidadores informales a cuidar y a atender mejor.
- Compartir experiencias, dificultades, etc., con otros profesionales.
- Desarrollar el diálogo interdisciplinar como base para el conocimiento de las múltiples necesidades de la población anciana y como garantía de un abordaje lo más correcto y adecuado posible.
- Trabajar de forma que se ofrezca el nivel de atención y de cuidados más óptimo posible.
- Mantener el nivel de formación profesional que garantice una profesionalización cada vez más rigurosa.

En definitiva.

- Tener una actitud de vigilancia y saber qué información debe recogerse
- Tomar decisiones compartidas entre usuarios, familia y equipos profesionales

- Tener una política de protección a la gente mayor
- Denunciar cuando existe maltrato
- Trabajo multidisciplinar para enfocar el problema de forma global
- Desarrollar cambios en los valores y estereotipos respecto de la gente mayor
- Prevenir mejor que tratar

Es una obligación profesional reflexionar sobre la incidencia de las diferentes intervenciones profesionales en el ámbito gerontológico y sobre cómo éstos pueden influenciar de forma positiva o negativa en la autonomía de la persona mayor.

Debemos trabajar desde un modelo compartido de toma de decisiones teniendo en cuenta la autonomía de la persona mayor pero donde la información, la comunicación, el diálogo, y el tiempo sean las herramientas que nos lleven a conseguir la mejor calidad de vida posible de las personas mayores que atendemos y cuidamos.

Referencias bibliográficas

- Alba Robles, José Luis. *Violencia en el ámbito familiar*. Jornadas "Violencia y sociedad" abril 2003. Disponible en: URL: http://www.dip-alicante.es/formacion/es/menu/almacen/violencia_y_sociedad/mesa4/Jose_Luis_Alba.PDF [Consulta: 23/10/03].
- Braun, K. L., Suzuki, K.M., Cusick, C.E., & Howard-Carhart, K. (1997). *Developing and testing training materials on elder abuse and neglect for nurse aides*. Journal of Elder Abuse & Neglect 9 (1), 1-15.
- Caballero J. C., Remolar M. L. *Consideraciones sobre el maltrato al anciano*. Rev Mult Gerontol 2000; 10(3):177-188.
- Caballero García J.C. *Malos tratos en la vejez*. Forum Deusto, Universidad de Deusto. Bilbao 2000:181-203.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. *Estadísticas*. Disponible en: URL: <http://www.gva.es/violencia/> [Consulta: 23/10/03].
- Cinco de cada cien ancianos españoles son maltratados, la mayoría por familiares*. ABC 2003 sep. 19.
- Enfermería al cuidado de los más mayores. X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico (SEEGG) I Congreso de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológico (AMEG) Tribuna sanitaria 2003; 163*. Disponible en: URL: <http://www.codem.es/Tribuna/ptribuna.asp?nnoticia=167> [Consulta: 23/10/03].
- Garreta, Marisa, Arellano, Marta. *Conflictos éticos en la toma de decisiones*. Rev Mult Gerontol 2003; 13(1): 47-50.
- Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados*. Documento Técnico SEEGG 2003; 3:1-7.
- Hudson, B. (1992). *Ensuring an abuse-free environment: A learning program for nursing home staff*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 4 (4), 25-36.
- Jiménez Navascués L., Ballesteros García M., Híjar Ordovas C.A. *¿Qué sabemos de los malos tratos en los ancianos?* Enfermería Científica 2001; 236-237: 7-11.
- Kayser-Jones; cit por Caballero J.C. y Remolar M.L. *Consideraciones sobre el maltrato al anciano*. Rev. Mult. Gerontol 2000; 10(3): 177-188.
- Marín N., Delgado M., Aguilar J.L., Sánchez C., Gil B., Villanueva E. *Síndrome de maltrato y abuso en el anciano*. Rev Esp de Geriátrica y Gerontología 1990; 25(supl.): 66.
- Menio, D.A. (1996.) *Advocating for the rights of vulnerable nursing home residents: Creative strategies*. Journal of Elder Abuse & Neglect 8 (3), 59-72.
- Peg Gray-Vickrey, RN,C,DNS. *Protección de los ancianos*. Nursing 2000; 18(10): 8-12.
- Peralta A. *"La hoja roja": abusos a ancianos*. Gerokomos 1998; IX(1): 12-15.
- Pillemer, K. & Moore, D.W. (1990). *Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 2 (1/2), 5-29.
- Saveman, BI; Astrom, S; Bucht, G; Norberg, A *Elder abuse in residential settings in Sweden*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 10 (1-2), 1999, pp. 43 - 60.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) *Decálogo de las personas mayores*, 2003. Disponible en:
URL: <http://imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/decalogopersonas.pdf> [Consulta: 23/10/03].

Tabueña, Mercè. *Consejo para la prevención de los malos tratos y abusos en las personas mayores*. Med Clin (Barc) 2001; 116(Supl.1): 137-139.

ABORDAJE Y TRATAMIENTO
DE SITUACIONES DE MALTRATO
A PERSONAS MAYORES.
LA EXPERIENCIA DE HURKOA

● SUSANA MONTESINO SÁNCHEZ
Abogada. Fundación Hurkoa
Donostia-San Sebastián

Breve presentación de Hurkoa

La exposición que sigue trata de recoger las claves fundamentales de la experiencia que la Fundación Hurkoa ha ido adquiriendo en el abordaje y tratamiento de situaciones de maltrato a personas mayores.

En la presentación de este curso ya se ha hecho una mención a la Fundación Hurkoa como una de las entidades organizadoras del mismo, sin embargo parece conveniente hacer ahora una descripción breve pero precisa del trabajo que realiza esta entidad para mejor situar a Hurkoa en relación con el problema del maltrato a personas mayores.

Hurkoa es una entidad particular impulsada por Cáritas Diocesana en 1990 para la atención de los incapaces más necesitados de protección, dedicándose en la actualidad a las personas mayores y a los enfermos mentales.

El trabajo se desarrolla mediante los siguientes servicios:

- La gestión de un centro de día para personas mayores donde se trata de mejorar la calidad de vida para las personas mayores dependientes y sus familiares cuidadores favoreciendo la permanencia del mayor en su propio entorno.
- La función tutelar, que entendida en un sentido estricto como ejercicio de un cargo tutelar legalmente establecido, es el motivo que da origen a la creación de Hurkoa. Ahora bien, la experiencia de estos años ha revelado que una eficaz protección del incapaz ha de incluir:
 - por un lado la prevención, lo que ha llevado a Hurkoa a prestar sus servicios

a personas en situación de dependencia,

- y por otro la atención a las familias de los incapaces, por lo que también se creó en su día un programa de asesoramiento y apoyo a familiares.

El programa Hurbiltzen como medio de atención y prevención de la dependencia con personas mayores en el medio rural.

Experiencia con casos de malos tratos

Si bien en cualquiera de los tres servicios se puede dar la detección de un problema de malos tratos, es en el servicio tutelar donde con más frecuencia se presentan este tipo de situaciones, y desde donde el papel que puede jugar Hurkoa en el abordaje de estos casos es más directo.

Ahora bien, antes de entrar a concretar cómo se lleva a cabo la intervención de Hurkoa en estas situaciones es importante hacer una serie de precisiones sobre lo que después se va a exponer.

La perspectiva que desde Hurkoa tenemos del problema de los malos tratos a las personas mayores es un tanto sesgada por cuatro factores fundamentales:

- La frecuencia de casos atendidos donde se presenta algún tipo de maltrato –entendiendo el maltrato en el más amplio sentido, incluido el auto abandono– es muy elevada. Pero es importante destacar que esto no es un reflejo exacto de la realidad social que nos rodea, ya que los casos que llegan a Hurkoa son precisamente aquellos más conflictivos. Hay que tener en cuenta que las personas atendidas directamente por Hurkoa lo son porque se encuentran en una de estas situaciones:

- Personas solas
- Personas con familia que no puede hacerse cargo
- Personas con situaciones familiares conflictivas
- Los tipos de maltrato más frecuentes que podemos ver en Hurkoa, atendiendo a la clasificación en más amplio sentido que podemos encontrar, son principalmente el auto abandono y el abuso económico, aunque también se da con cierta frecuencia el maltrato por negligencia y el maltrato psicológico. Estos tipos de maltrato están íntimamente relacionados con las situaciones descritas en el punto anterior.
- Las personas atendidas desde Hurkoa son fundamentalmente personas débiles-dependientes-incapaces, aquejadas de algún tipo de deterioro cognitivo o enfermedad mental. Esto dificulta el abordaje de las situaciones de maltrato ya que no se puede contar con la colaboración de la víctima para conocer o confirmar los

hechos, para tomar decisiones, ni para poner en práctica las medidas oportunas en cada caso. Además, eso mismo conlleva todas las dificultades inherentes a la toma de decisiones por sustitución con todas las implicaciones de carácter legal y ético que esto supone.

- En muchas de las ocasiones en que se da un caso de maltrato, éste ya ha sido detectado previamente en otras instancias antes de llegar a Hurkoa: servicios sociales, sanitarios, judiciales... Es decir, para estos servicios la derivación a Hurkoa es la forma, o una de las formas, de abordar el problema.

Abordaje de estos casos

Cualquiera que sea el problema a abordar desde Hurkoa se comienza por un análisis de la situación que permita tener la mayor información posible para poder adoptar las medidas más adecuadas al caso concreto. Este estudio se realiza mediante el conocimiento directo de la persona en su medio (especialmente cuando vive en un domicilio particular); contacto con médico, servicios sociales municipales, familia si la hay, otras personas del entorno,... o cualquier otra gestión que, a la vista de la información que se va obteniendo, se vea adecuada para una mejor comprensión de la situación y el problema planteado.

En términos generales el abanico de medidas a las que desde Hurkoa se recurre con más frecuencia para evitar o poner fin a las situaciones de maltrato que debe abordar se pueden definir de la siguiente manera:

- Denuncia de la situación al Ministerio Fiscal para que se tomen las medidas legales oportunas para la protección de los intereses del mayor. En la mayoría de los casos esto se traduce en un procedimiento para su incapacitación y el nombramiento de un tutor que represente y defienda los intereses personales y patrimoniales de la persona mayor.
- Gestión de recursos sociales-asistenciales que permitan dar a la persona mayor una atención y protección adecuadas, e incluso sacar a la persona mayor del entorno, a veces con gran urgencia, cuando así lo requiera la situación.
- Apoyo a las personas del entorno del mayor, en especial a los cuidadores directos, para evitar situaciones de sobrecarga y stres que repercutan en un maltrato al mayor.

Desde un punto de vista más concreto, atendiendo a las distintas situaciones de maltrato que se presentan, podemos hablar de las siguientes medidas específicas:

- **Auto abandono:** gestiones para lograr una adecuada atención médica cuando es precisa y no se está recibiendo, ingreso hospitalario/psiquiátrico cuando la gravedad de la situación así lo aconseja; solicitud al juzgado de la administración de los bienes de la persona afectada con la finalidad de poder atender sus necesidades básicas; proporción de los mínimos imprescindibles para una calidad de vida digna: ropa, alimentación, cuidados,...; búsqueda de personal que le atienda en casa,...
- **Abusos económicos:** instancia por vía judicial de las medidas para la protección del patrimonio del mayor que resulten más adecuadas a su situación: bloqueo de cuentas, administración provisional con control judicial, petición de rendición de cuentas al guardador de hecho hasta la fecha, anotaciones preventivas en el Registro de la Propiedad del procedimiento de incapacitación...
- **Negligencia:** apoyo al cuidador mediante ayuda externa en la atención diaria: Servicio de Ayuda a Domicilio de los Ayuntamientos, auxiliares particulares..., información sobre otros servicios y ayuda para la obtención de éstos servicios (Centro de día, Residencia), orientación para una adecuada atención médica, ingreso hospitalario/residencial temporal o permanente del mayor, ingreso o tratamiento psiquiátrico del cuidador cuando la sobrecarga por el cuidado de la persona dependiente llega a producir estrés u otras patologías que requieran tratamiento,...
- **Abusos psicológicos:** medidas orientadas a buscar la forma de que la relación mejore, incluso separando a las dos personas afectadas para evitar el maltrato si es necesario (residencia, separación...)

Como se ve, prácticamente ninguna de estas intervenciones por parte de Hurkoa puede llevarse a cabo sin el apoyo o el concurso en las mismas de otras instituciones o entidades. Así el Juzgado deberá intervenir en todas aquellas gestiones que supongan tomar medidas en nombre del mayor con respecto a su patrimonio, o en los ingresos que se produzcan de manera involuntaria...; los servicios sociales de la administración competente serán quienes deban conceder las plazas para ingresos en Residencia o en Centro de Día, conceder el Servicio de Ayuda a Domicilio municipal...; los servicios sanitarios deberán colaborar para que la persona mayor pueda recibir la atención médica que precise,...

Es decir, las mismas instituciones que han remitido el problema a Hurkoa para su abordaje pueden tener que intervenir posteriormente para poder adoptar de manera efectiva las medidas que desde Hurkoa se ven como más adecuadas. La conclusión más clara de todo esto es que el problema de los malos tratos a mayores, cual-

quiera que sea la tipología, es lo suficientemente complejo para que desde una sola instancia se pueda abordar y resolver. Esto hay que tenerlo muy claro para que ninguna parte eluda su papel y se puedan así conseguir resultados más rápidos y eficaces, incluso de cara a la prevención.

También es evidente que el recurso a la vía penal como medio de resolver el problema es escaso, tal vez por el tipo de maltrato que más frecuentemente se aborda en Hurkoa, que requiere otras soluciones.

Conclusiones

La experiencia que a lo largo de los años Hurkoa ha ido atesorando permite elaborar una serie de conclusiones generales, que si bien a simple vista pueden parecer obvias y lógicas, resulta importante no olvidar en esta exposición, puesto que son la base para llevar a cabo una labor eficaz en la lucha contra el maltrato a los mayores, desde su prevención hasta el abordaje de las situaciones en que el maltrato ya se está produciendo.

- **Prevención:** Resulta fundamental realizar una labor de prevención para evitar en la medida de lo posible que los casos de maltrato lleguen a darse.
- **Detección precoz:** Tan importante como lo anterior es una detección precoz de estas situaciones para iniciar su abordaje lo más pronto posible y evitar daños de difícil reparación.
- **Coordinación:** Es fundamental para un buen abordaje de este trabajo de prevención y detección una buena coordinación y colaboración entre los distintos servicios e instituciones implicadas, de modo que se asegure el cumplimiento de sus funciones por parte de cada uno.

Ahora bien, para llevar a cabo una buena prevención, una detección lo más precoz posible y una eficiente coordinación entre los distintos servicios resulta imprescindible disponer de unos contrastados indicadores de los factores que intervienen en las situaciones de maltrato que ayuden a los profesionales a reconocer las situaciones potencialmente de riesgo, o para detectar el maltrato con la mayor prontitud posible, así como unos protocolos en los que se establezca con claridad cuáles sean las respuestas más adecuadas a cada situación, cómo han de ponerse en práctica y quiénes han de responsabilizarse de llevarlas a cabo. Todo ello acompañado de una buena formación a los distintos profesionales implicados y una adecuada y accesible información a las personas que afectada o que puedan llegar a estar afectada por una situación de este tipo.



PERFIL PSICOLÓGICO DEL MALTRATADOR



● BLANCA MORERA
Médico Psiquiatra.
Clínica Quirón Donostia-San Sebastián.

Aspectos introductorios

La violencia es un fenómeno complejo y multifactorial que irrumpe con frecuencia en nuestra vida cotidiana a través de los medios de comunicación o por experiencias vividas en un entorno más o menos próximo. El ejercicio de la violencia se asocia erróneamente al trastorno mental o a la psicopatía, como expresión de viejos prejuicios bien arraigados en nuestra cultura; sin embargo, lo cierto es que la mayoría de los actos agresivos son llevados a cabo por sujetos normales. Esto no significa que no existan algunas patologías que presentan cierto riesgo de aparición de conductas violentas, como ocurre en algunos pacientes psicóticos en los que la sintomatología “dirige” este tipo de comportamientos (determinadas ideas o percepciones provocan la respuesta en un sujeto que se desenvuelve en una realidad “alterada” y que se conduce conforme a ella), o como sucede en algunas demencias o en cuadros con alteración de conciencia donde, a diferencia de las graves enfermedades psiquiátricas funcionales, la violencia suele ser sintomática, desorganizada y aleatoria.

La agresividad, por otra parte, forma parte de nuestra naturaleza humana, en mayor o menor medida. Conviene recordar que cualquier sujeto normal, sometido a determinadas circunstancias (no hay más que pensar cuántos seres humanos se transforman al volante de un vehículo, especialmente si hay prisas y el tráfico no es fluido), o bajo el influjo de diferentes cambios biológicos (por ejemplo, los que producen determinadas sustancias y fármacos, o incluso ciclos biológicos), puede sufrir

una exacerbación de la hostilidad, una dificultad para distanciarse del estímulo y, consecuentemente, exhibir conductas agresivas de diferente índole y gravedad. A este tipo de funcionamiento corresponden los episodios de pérdida de control de impulsos, las conductas de descarga tensional (que puede tener carácter agresivo) o la hostilidad dirigida a personas cercanas, que se convierten en el “chivo expiatorio” por un mero mecanismo de desplazamiento de la tensión acumulada en otros medios o relaciones.

No olvidemos que la violencia tiene diferentes dimensiones: personal, familiar y social, que deben ser evaluadas tanto separada como conjuntamente, para permitir que se complete un panorama más real sobre los complejos fenómenos que precipitan o desencadenan las conductas violentas.

Cuando nos acercamos más concretamente al tema del perfil psicológico del maltratador —en el contexto concreto del maltrato a las personas mayores— la primera consideración que hay que hacer es que no existe un perfil único. En efecto, no existe un solo modelo teórico que explique el fenómeno, sino múltiples; y conviene no olvidar que hay un porcentaje muy alto de “violencia no intencional”, y que parte del maltrato depende de la incapacidad del cuidador para cuidar o para percibir el daño que realiza.

Podemos afirmar, sin embargo, que en el maltrato a las personas mayores existe una mezcla de elementos culturales (tanto acerca de la violencia en sí misma como acerca del trato que reciben los mayores) y psicológicos, que se relacionan sobre todo con los elementos reales de la relación entre el mayor y las personas de las que depende (vivencias previas, poder y ambivalencia).

Para abordar el tema resulta imprescindible diferenciar el medio familiar del institucional. El medio familiar ha sido, sin duda, el más importante hasta este momento (el cuidado de los mayores se hacía ahí), pero la realidad social está sufriendo un cambio muy rápido, la población de 65 años se incrementa, y ello está dando pie a que el sector institucional esté experimentando un crecimiento exponencial (en parte porque no hay demasiados recurso domiciliarios). La expectativa a medio plazo es que, salvo medidas creativas y valientes que desarrollen la atención institucional en el propio domicilio, el medio familiar se consolidará como un entorno minoritario en el cuidado de las personas de mayor edad.

El maltrato en el medio familiar

Como en otros aspectos de la violencia familiar, nuestro país adolece en este momento, de cifras fiables sobre la dimensión y características del problema. Los

estudios que se van realizando, aunque prometedores, tienen un desarrollo incipiente. De ahí que cuando nos preguntamos ¿Quién maltrata a la persona mayor?, debamos recurrir a datos internacionales que nos dan una panorámica bastante homogénea que se refleja en la Tabla 1 (datos de EEUU presentados por Caballero, 2000).

Como vemos, y con margen muy significativo, la violencia es ejercida en casi la mitad de los casos por los descendientes directos (hijos e hijas), y en un grado mucho menor (19%) por el cónyuge. En estas cifras americanas resulta muy llamativo el que en un 10% de los casos la violencia es ejercida por personas sin relación familiar con la víctima (vecinos, auxiliares u otros). Aunque nuestra realidad social nos permite prever que esta cifra sea, porcentualmente, mucho menor en nuestro país, la debilitación de las redes familiares y el recurso, cada vez mayor, a cuidadores externos (a veces sin excesivo control) puede propiciar el crecimiento de este fenómeno.

Cuando, en ese mismo estudio, miramos la edad del agresor (Tabla 2), los datos son congruentes con el hallazgo anterior: la mayoría de los agresores (66%) tienen edades inferiores a los 60 años, siendo el rango que va de 40 a 59 años (los hijos) el de mayor representación. No resulta desdeñable el que casi un 34% de los casos corresponda a mayores de 60 años (y el 26% son mayores de 70 años), lo que implica que existen personas mayores o incluso muy mayores, con sus propias discapacidades, cuidando a otras personas (sus padres o cónyuges) en similar o peor situación, lo que resulta en una situación de muy alto riesgo.

En cuanto al sexo del maltratador, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, salvo para el abuso físico y el abuso sexual, en el que la representación masculina supera significativamente a la femenina. Otros aspectos epidemiológicos respecto al maltratador, que pueden resultar útiles para comprender la diná-

Tabla 1		Tabla 2	
	%		%
Hijos	47	< 40	27
Esposo/a	19	40 - 59	39
Nietos	9	60- 69	8
Hermanos	6	70 - 79	12
Otros familiares	9	> 80	14
Vecinos / amigos	6		
Auxiliares domésticos	3		
Otros	1		

mica de la relación son los siguientes: en general, el maltratador convive con la persona mayor maltratada (el acceso es fácil e inmediato), no es infrecuente que quien ejerza la violencia dependa financieramente de la persona mayor, o que se encuentre alojado en el domicilio del mayor, sea o no (esto último es frecuente) una persona con pareja. Este fenómeno sugiere al menos algunas reflexiones: el maltratador ha tenido dificultades para independizarse (algo que probablemente le genera malestar) o puede encontrarse forzado a la convivencia (por falta de recursos propios o por necesidades del mayor). Otro dato a destacar es que el porcentaje de situaciones de deterioro en el maltratador es significativamente superior al de la población general: mayor frecuencia de abuso de sustancias (alcohol, pero también otras sustancias psicoactivas), y mayor representación de trastornos psiquiátricos o de alteraciones cognitivas.

Por lo que vamos comentando, en la dinámica agresor-persona mayor, los elementos de relación interpersonal son cruciales y deben evaluarse en una perspectiva tanto transversal como longitudinal. Entre el maltratador y la persona mayor no resulta difícil establecer la existencia de conflictos, pero hay que conjurar el riesgo de hacer un análisis simplista basado en el hecho “persona mayor con múltiples necesidades + cuidador(a) sobrepasado(a) = maltrato”. No se nos escapa que la historia de esta relación puede proporcionar muchas claves imprescindibles para comprender y atajar el fenómeno. Como en otros fenómenos de violencia familiar, con mucha frecuencia los maltratadores han sido víctimas de malos tratos, en muchos casos ejercidos por aquellos a quienes ahora deben cuidar. Se aplica en este caso el conocido dicho de “quien siembra vientos, recoge tempestades”. ¿Cómo puede ese hijo o esa esposa olvidar sus propias vivencias y mostrarse solícito y comprensivo con las necesidades de quien fue su agresor? Posiblemente algunos lo intenten e incluso algunos puede que lo consigan, pero el riesgo de que la dinámica se reproduzca en sentido inverso es enorme.

En aquellos casos en los que el agresor (generalmente descendiente) padece una enfermedad mental, la dinámica también puede ser enormemente compleja. Muchos de nuestros pacientes psicóticos encuentran limitada su capacidad afectiva y relacional (la afectividad puede estar incluso cualitativamente afectada), lo que hace que su mundo relacional se reduzca a la familia y en muchos casos a la figura referencial (mayoritariamente la madre, que ha cuidado de él en los malos tiempos y con un nivel de exigencia probablemente no excesivo). Así, muchos de ellos carecen de las capacidades para formar pareja o familia propia, y siguen viviendo en casa de los progenitores, de los que dependen. Cuando los cuidadores envejecen, la situación puede entrar en crisis fácilmente, ante la incapacidad del enfermo para

percibir el cambio y para adaptarse a él. En este mismo contexto el consumo de sustancias por parte del cuidador supone una dificultad máxima para responder adecuadamente a los requerimientos del entorno y, entre ellos, a las necesidades de las personas mayores. La tolerancia a la frustración, la adaptabilidad y el control emocional disminuyen mucho, y el riesgo de maltrato aumenta.

Otro de los elementos que tiene mucha importancia en esta dinámica de relación agresor-persona mayor, es la presencia de alteraciones conductuales en la última. Una de las experiencias más dolorosas para los descendientes es asistir a la acción destructiva que realizan las enfermedades degenerativas sobre la personalidad (y su expresión conductual) de quien las padece, hasta el punto de que llegan a convertirse en desconocidos en los que apenas se reconoce a ese ser con el que se tiene mucha historia previa.

Otras dificultades añadidas son la fluctuación en los cambios y la evolución muchas veces insidiosa (resulta curioso el que, en fases iniciales, la alteraciones del mayor son interpretadas en clave de agresión a quien le atiende: “lo hace para fastidiar... ya sabe cuándo hacer y cuándo no...”), la escasa información que tienen muchos cuidadores sobre la evolución previsible (en especial en los detalles relevantes de funcionamiento personal) y la escasa formación en el manejo de los trastornos conductuales (no saber cómo limitarlos, abordarlos o prevenirlos). Cuando aparecen episodios de inquietud o agresividad en la persona mayor, cuando el mayor mantiene una conducta desorganizada y errática, cuando se alteran los ritmos vigilia-sueño o cuando aparecen fenómenos delirantes o alucinatorios, el cuidador puede carecer de los recursos informativos y formativos necesarios, sobrecargarse, y responder de forma inadecuada.

El perfil de cuidador que ha sido habitual en nuestro país puede describirse como el de una mujer (en el 83% de los casos), casada (79%) y con hijos a su cargo, ama de casa y con una edad entre 45 y 65 años. Suele ejercer su papel sin ayuda, en más del 60% de los casos, y cohabita con la persona mayor de forma permanente (el 59%) o temporal (20%). Se trata, por tanto, de mujeres con muchas responsabilidades en el hogar y pocas posibilidades de poner distancia entre los cuidados y su propia vida. Consideremos además que, culturalmente, está muy arraigada “la obligación moral” hacia las personas que dependen de nosotros, y que ésta se expresa en un sistema “informal” de cuidados.

Hay que combinar este funcionamiento social con una realidad compleja, en la que se está produciendo una progresiva reducción del espacio disponible (los pisos de gran metraje escasean o son inasequibles, y los núcleos familiares cada vez tienen más dificultades espaciales para ampliarse y dar cobijo a nuevos miembros),

además de la evidente disminución de la natalidad y el estrechamiento de una red familiar extensa que pueda alternarse en las tareas en el domicilio. La incorporación de la mujer al mercado laboral (por razones de proyección personal o por necesidades económicas) y el mayor tiempo de permanencia de los hijos en el núcleo familiar, a cargo de los padres, hacen todavía más difícil el cuidado de personas mayores dentro de la familia.

Pese a que éste puede ser el perfil de la mayoría de las situaciones de cuidado, el análisis del perfil estadístico del maltratador muestra algunas peculiaridades: en general, se trata de alguien que lleva más de 10 años cuidando de la persona mayor (en el 10% de los casos lleva más de 20 años), que convive con la víctima (75%) y que, en casi la mitad de los casos, tiene cierta dependencia respecto a la persona maltratada, a cuyo cargo corre, en más de la mitad de los casos, la vivienda o el sustento económico. Rasgos previos de relación son la escasa comunicación o la ausencia de afectividad, lo que revela unas raíces que hay que buscar en la biografía previa de esa interacción.

En la literatura, desde hace años, se ha descrito el llamado síndrome del cuidador, de alto riesgo para la aparición de algún tipo de maltrato. Se trata de una situación de estrés mantenida que sobrepasa los mecanismos adaptativos y cuyo contexto concreto es la interacción cuidador-persona mayor dependiente. Es una reacción inespecífica en cuya génesis intervienen factores muy diversos, cuyo peso específico no está aún bien estudiado. Por una parte, existe el contexto cultural que antes comentábamos: el cuidador puede vivir el cuidado como una obligación moral que experimenta con mayor o menor nivel de malestar o que puede reportarle diversos grados de satisfacción; por otra parte, la estructura del medio en el que se proporcionan los cuidados (espacio, interferencia en la convivencia y funcionamiento del resto de los miembros de la familia, acceso a medios complementarios que facilitan la tarea, disponibilidad de tiempo y capacidad de sustitución) son elementos importantes. Ya hemos insistido con anterioridad en la influencia de las relaciones previas cuidador - persona mayor, como factor esencial en la vivencia que el cuidador tiene (resulta, como es lógico, mucho más fácil atender a personas con las que los lazos afectivos son fuertes con quienes se han compartido vivencias positivas que dan sentido a la labor). Un cuarto aspecto, nada desdeñable, es el nivel de renuncia que supone el cuidado a la persona mayor; cuando este cuidado obliga a modificar sustancialmente el propio funcionamiento y supone la pérdida de proyectos o actividades significativas para el cuidador, o cuando no existe compatibilidad entre el cuidado y el desarrollo de una vida satisfactoria para éste.

Para terminar esta panorámica desde la perspectiva del cuidador, no puede olvidarse que el perfil psicológico de éste va resultar decisivo en su afrontamiento de las dificultades que supone el cuidado de una persona mayor. Cuando el propio cuidador padece una enfermedad psíquica, así como en personalidades depresivas o ansiosas, la tolerancia a la tensión y a la frustración que puede producir el cuidado se ve significativamente limitada, y como consecuencia del sufrimiento psíquico pueden aparecer síntomas de diversa índole entre las cuales caben las conductas inadecuadas respecto a la persona mayor.

El cuidador sometido a sobrecarga ve aumentar su vulnerabilidad psicofísica (y por tanto el riesgo de presentar diferentes trastornos físicos y psíquicos). Se produce también control emocional bajo y un deterioro de la autoestima. En este marco, el cuidador tiende, como mera defensa, a distanciarse de la “causa” (la persona mayor) mediante un proceso de cosificación; el cuidado se convierte en una tarea obligada, que se realiza desprovista del elemento de relación humana, se facilita así un menor sufrimiento pero también las conductas de maltrato.

Dada la facilidad con la que puede instaurarse una situación de este tipo si la dependencia de la persona mayor se prolonga en el tiempo, y especialmente en circunstancias penosas (persona mayor afecta de trastornos severos con alto deterioro cognitivo y trastornos de conducta), se imponen estrategias de prevención que eviten que las personas responsables de atender al mayor puedan verse afectadas por este síndrome. No resulta fácil establecer cursos de acción generales, pero la mayoría de las propuestas contemplan dos hechos importantes: es imprescindible compartir las tareas de cuidado y es importante limitar los niveles de renuncia que sufren los cuidadores. En esta línea las familiares deben ponderar de forma realista sus posibilidades, tratando de evitar que aspectos de tipo social o cultural impidan una perspectiva ajustada del problema y de los medios con que cuentan. Deben rechazarse las ofertas “sacrificadas” de algunos miembros (a menudo guiadas por la buena voluntad o por culpas mal elaboradas, pero que en el tiempo se convierten en cargas insoportables) y debe recurrirse a ayuda externa adecuada en el momento en que sea necesaria. El cuidado debe formar parte de la relación, pero no puede ocupar todo el tiempo. Cuando existen dificultades o cuando alguno de los cuidadores presenta signos de sobrecarga, el asesoramiento externo y la ayuda especializada puede resultar una excelente ayuda. En este sentido la labor realizada por diversas asociaciones, con una experiencia extensa en estos problemas y en el apoyo a las familias, ha sido inestimable para compartir dificultades y buscar soluciones “desde dentro”.

El maltrato en el medio institucional

Si el maltrato familiar es un fenómeno poco conocido en nuestro país, el maltrato institucional, el que tiene lugar en centros, residencias e instituciones para personas mayores, es un hecho que prácticamente sólo se ha tratado en la prensa, y ello de forma sensacionalista y poco rigurosa.

Los datos de Naciones Unidas (2000), referidos a EEUU, arrojan algo de luz: el 36% del personal de instituciones afirmaba —para un periodo de un año— haber sido testigo del maltrato físico a personas mayores por parte de compañeros de trabajo; el 10% reconocía haberlo cometido, porcentaje que alcanzaba el 81% cuando se valoraba la frecuencia de conductas consideradas como maltrato no físico. En el 40% los trabajadores reconocían un abuso verbal frecuente. Estas cifras adquieren especial relevancia por el hecho de que en nuestro país, como en otros, el sector dedicado al cuidado de las personas mayores es un sector creciente.

En el caso del maltrato institucional, además de los problemas de identificación habituales, y que hemos descrito en otra ponencia, se añade la dificultad para determinar el nivel de cuidados mínimo que se considera indicado y justo en personas mayores que se encuentran en residencias o centros, así como el método para individualizar esas necesidades, sin que se produzca discriminación.

Según Kayser-Jones (citado por Caballero, 2000), los tipos más frecuentes de maltrato en la institución son cuatro: la pérdida de la individualidad (despersonalización), la infantilización, la pérdida de la intimidad y la victimización.

En cuanto a los factores que influyen en su génesis, podemos señalar los siguientes:

- Factores estructurales: Espacios poco hogareños, medios insuficientes o inadecuados, barreras de movilidad, poco personal, programas asistenciales escasos o inadecuados, predominio de servicios hosteleros frente a los programas asistenciales, falta de equipo o escasez de coordinación en éste.
- Factores profesionales: Insuficiente preparación, ausencia de directrices u objetivos claros, desconocimiento del maltrato, falta de apoyo y supervisión.
- Factores laborales: horarios excesivos, sobrecarga, ritmos no sincronizados (horas sueltas, turnos atípicos), poca estabilidad en el tipo de trabajo, sueldos limitados.
- Factores psicológicos: conflictiva personal en el trabajador, deficiencia en habilidades sociales y manejo de estrés, insuficiente motivación, escasa empatía, manejo inadecuado de la hostilidad y de las situaciones que implican la agresión, problemas con el envejecimiento, deficiente autocontrol y limitada autocrítica.

Algo que debe ser tenido en cuenta es que, en aquellos trabajos que implican cuidado o atención a otros seres humanos (profesional sanitarias, cuidadores, auxiliares, etc.), se produce una exigencia superior por la importancia de coadyuvar a la dignificación del otro, sea cual sea su estado físico y psíquico, con una remuneración (sea económica o de otra índole) no siempre inmediata ni suficiente. Se requiere además una elevada motivación y capacidad de entrega/empatía. No todas las personas pueden desempeñar los mismos roles ni disfrutar de ellos, y los roles de cuidado, de contacto con la enfermedad, la discapacidad o el sufrimiento, no son fáciles de llevar a cabo durante un tiempo prolongado, salvo que exista un cierto grado de “vocación” y capacidad para “soltar lastre” cuando no se está en el trabajo. Este alto nivel de exigencia justifica la frecuencia relativamente elevada de aparición de cuadros como el “burn-out”, que se instaura cuando se produce una situación de sobrecarga sin “contrapartida”.

El perfil del maltratador en el medio institucional es, lógicamente, diferente al medio familiar. Es perpetrado, generalmente, por personal auxiliar y la edad media es muy inferior al maltratador familiar (entre 25 y 35 años). Los casos de maltrato físico se asocian a una baja tolerancia a la agresividad del cuidador, así como la pobreza de elementos profesionales (escasa motivación, mala preparación y pobreza de recursos para afrontar la tarea). El maltrato psicológico, por su parte, se liga más a un déficit cultural, por el que se percibe a la persona mayor como alguien que va a morir, alguien a quien hay que hacérselo todo o como niños a quienes hay que reeducar. En este marco, el cuidador establece una relación claramente asimétrica, a veces sólo paternalista, pero en muchas ocasiones dándose “permiso” para aplicar medidas limitadoras e incluso disciplinarias.

Para concluir debemos decir que, a la vista de los datos de que disponemos, no podemos hablar de perfiles de maltratadores, sino de escenarios donde se produce el maltrato, y en los cuales se producen diferencias importantes.

También debe destacarse, en este breve resumen, la enorme influencia del contexto cultural, y del marco de relación con la persona mayor (marco longitudinal y trasversal), en la aparición del fenómeno de maltrato.

La existencia de esta penosa realidad obliga a una reflexión imprescindible sobre aspectos de derechos cívicos y de ética en las relaciones humanas, reflexión en la que deben implicarse instituciones y cuidadores.

Bibliografia

Bosquedon-Noé, J., Paquis, J., Rozières, J.L., Moron, P. : "Violences graves des maladies mentaux en milieu familial". *Ann Med Psychol* 1997; 155 (1): 46-49.

Caballero, J.C., Remoral, M.L.: "Consideraciones sobre el maltrato al anciano". *Rev Mult Gerontol*; 10(3): 177-188, 2000.

Gelles, R.J., Cornell, C.P.: *Intimate Violence in Families*. Sage, Beverly Hills, 1985.

Greenland, C.: *Family violence: a review of the literature*. In: *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Bluglass, R., Bowden, P. (eds.). Churchill Livingstone. London 1990: 529-541.

Hollin, C.R., Howells, K.: *Clinical approaches to sex offenders and their victims*. Wiley & Sons, New York, 1997.

Kaplan, S.J. (ed.): *Family Violence: A Clinical and Legal Guide*. American Psychiatric Press, 1995

Rosen, I.: "Self-esteem as a factor in social and domestic violence". *Br J Psychiatry*, 1991; 158: 18-23.

Stark, E.D., Flitcraft, A.: *Violence among intimates: an epidemiological review*. In: *Handbook of Family Violence*. Van Hasset, V.B., Morrison, R.L., Bellack, A.S. (eds.). New York, Plenum, 1988, pp. 293-317.

MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES: EL ROL DEL APOYO INFORMAL Y SUS POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN

- JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN
Doctor en Psicología.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- IGONE ETXEBERRIA ARRITXABAL
Neuropsicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- CRISTINA BUIZA BUENO
Neuropsicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- NEREA GALDONA ERQUIZIA
Psicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- MARI FELI GONZALEZ PÉREZ
Neuropsicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)

Introducción

Las intervenciones en malos tratos a personas mayores desde el punto de vista psicosocial han sido bastante escasas hasta la fecha; de hecho y hasta hace no demasiado tiempo la gerontología psicosocial ha “mirado” hacia otro lado en lo que a cuestiones relacionadas con el mal trato a personas mayores se refiere. Sirva como ejemplo el número de artículos publicados en todas las revistas de la Sociedad Americana de Gerontología entre Febrero de 1989 y Julio del 2004, correspondientes a los descriptores mencionados. Como se puede apreciar, el abuso, la negligencia o el maltrato, no ocupan más que una parte marginal de los trabajos publicados.

	Nº artículos
Elder Abuse	21
Neglect	30
Mistreatment	5
Dementia	315
Caregivers	381
Alzheimer	239
Nursing home	543
Stress	180

No obstante ha llegado la hora de modificar esta tendencia y la intervención en el maltrato a personas mayores debe ocupar un lugar destacado en la intervención. El presente artículo aborda tres cuestiones principales: un análisis de las intervenciones existentes en maltrato a modo de introducción, el análisis de los modelos de estrés (se pretende caracterizar y entender que subyace en el cuidado de personas mayores y posibles riesgos de maltrato derivados) y posibles intervenciones de carácter preventivo aplicables a dichas situaciones.

Estado de las intervenciones con personas mayores en maltrato

Autores, fecha de publicación	Muestra y lugar	Tipo(s) de abuso cometido	Tipo de intervención
Dunlop et al, 2000	N=319 Miami, USA	Abuso, negligencia, explotación	<ul style="list-style-type: none"> Programa "ad hoc", grupos de apoyo, counseling a familias. Realizado por profesionales de gerontología. Apoyo a políticas específicas.
Moon, A. and Benton, 2000	<ul style="list-style-type: none"> N=245 L.A., USA Multiétnico 	Físico, médico, verbal, psicológico, económico y negligencia	<ul style="list-style-type: none"> Programa (según etnias) de carácter educativo para aumentar la conciencia y el conocimiento de las diferentes situaciones de maltrato. Acomodación cultural a las leyes americanas, por parte de inmigrantes.
Phillips, et al 2000	<ul style="list-style-type: none"> N=93 Mujeres de 55 años cuidadoras 	Abuso durante la ayuda para las actividades de vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones educativas para un cambio en la comprensión de su trabajo, disminución de estrés, entrenamiento en habilidades. Intervenciones educativas relacionadas con la prevención.
Brownell, et al, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=401 casos de PM que sufren abuso, por medio de 218 abusadores NY City, USA 	Físico, psicológico y económico (caso de abuso sexual como abuso físico)	<ul style="list-style-type: none"> Se ponen en marcha diferentes tipos de intervención conjuntamente: policial, case management, judiciales, cuidados de salud, servicios de crisis de intervención rápida, asistencia a domicilio, apoyo financiero, etc. Trabajan a su vez, con la situación del maltratador, antes y después de que se produzca la situación.
Hightower, et al, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=57 violencia doméstica Canadá 	Sin especificar	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento de familiares y profesionales. Reducción de estrés. Servicio de apoyo comunitaria a situaciones de maltrato en centros.
Lithwick, M and Beaulieu, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=128 Quebec, Canada 	Físico, sexual, psicológico, económico, negligencia...	<ul style="list-style-type: none"> Servicio médico especializado. Servicios privados varios (legales, económicos, evaluación...) Programas de respiro, centros de día y residencia especializadas para atender casos de este tipo, ...
Vladescu, et al 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=26 Ontario, Canada 	Físico, psicológico, y económico	<ul style="list-style-type: none"> El estudio y la necesidad de una aproximación "centrada en la persona" (individualizada) de los casos de maltrato, respecto a otras formas de intervención.
Wolf, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=20 Muestra de USA, Canadá y Japón 	Sin especificar	<ul style="list-style-type: none"> Estudio comparativo de acogimiento residencial para personas mayores maltratadas. El programa enfatiza tanto las bondades del apoyo social entre personas sometidas a abuso, como la importancia que suponen las bondades del recurso, aunque no hay medidas de éxito del mismo.
Vinton, 1998	<ul style="list-style-type: none"> N=428 USA 	Violencia doméstica sin especificar	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de los tipos de intervención utilizada en USA en este tipo de casos. Programas individualizados, con base educacional, con formación de voluntarios y profesionales y grupos de apoyo.
Wolf, R. and Pillemer, 1997	<ul style="list-style-type: none"> N=73 mujeres USA 	Físico, psicológico, negligencia y explotación	<ul style="list-style-type: none"> Modelo para reducir dependencia entre víctima y cuidador. Apoyo individual y grupal. Intervención interdisciplinar (jurídico-legal, salud,...)

Los trabajos sobre intervenciones psicosociales en gerontología de carácter empírico (tal y como puede verse en el cuadro anterior) han estado centrados fundamentalmente en apoyo a las familias cuidadoras, mejora de la información, conocimiento de las situaciones de maltrato, programas con y para profesionales, intervenciones preventivas de carácter educativo, reducción de estrés, programas para la disminución de la carga y del “síndrome del quemado”. Dicho de otra manera, programas de intervenciones centradas en los cuidadores (ya sean estos profesionales o no) y menos en el trabajo directo con los maltratadores o en la implantación de algunos servicios especializados. Resulta a su vez muy difícil poder comparar las investigaciones estudiadas entre ellas fundamentalmente debido a cuestiones metodológicas (muestras diferentes, instrumentos de medida diversos,...), lo que dificulta enormemente sacar conclusiones sobre la posible efectividad o no de dichas intervenciones.

El presente artículo se centra precisamente en las intervenciones con cuidadores como una parte fundamental de la prevención del maltrato a las personas mayores, por ser éstos (los cuidadores) depositarios de gran parte de la carga de la atención. Teniendo en cuenta además, que la evidencia empírica de la efectividad de estos grupos es mayor.

Los programas que pueden ponerse en práctica con familiares cuidadores con el fin de prevenir los malos tratos en personas mayores en el ámbito doméstico, son diversos, siendo su objetivo principal intervenir sobre los diferentes factores de riesgo descritos en el contexto familiar. Así, la disminución del estrés, la promoción del cuidado del cuidador, la formación en el manejo de comportamientos problemáticos o la intervención clínica con cuidadores de riesgo son elementos esenciales.

Cuidado: introducción

Algunos autores han comparado el proceso de cuidado con una carrera de maratón (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit y Whitlatch, 1995), y realmente este proceso largo, en algunos casos, y agotador en la mayoría de ocasiones, puede llegar a afectar no sólo al bienestar físico del cuidador, sino que también afecta a su bienestar psicológico (Dura, Haywood-Niler y Kiecolt-Glaser, 1990), pudiendo ser (en algunos casos) una fuente potencial de posible mal trato.

Hoy en día, a pesar de los cambios sociodemográficos que se están efectuando y en contra de la opinión que se puede tener al respecto, la realidad constata que el 80% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer viven en la comunidad atendidos por sus familiares (Czaja, Eisdorfer y Schulz, 2000). Las consecuencias, tanto

físicas como psicológicas, en los cuidadores son numerosas, como tendremos oportunidad de comprobar en apartados posteriores de este trabajo (Haley, Ehrbar y Schonwetter, 1997; Knight, Lutzky y Macofsky-Urban, 1993), pero el cuidador se ve afectado además en otras dimensiones de su vida personal como consecuencia del cuidado.

En este artículo se van a describir especialmente los modelos teóricos de estrés aplicados al proceso de cuidado de una persona mayor dependiente, así cómo algunos de los programas de intervención diseñados para cuidadores de este tipo de enfermos, que deben de servir para disminuir potenciales situaciones favorecedoras del mal trato a personas mayores en la comunidad.

Modelos teóricos de estrés aplicados al proceso de cuidado

El proceso de cuidado es una tarea ardua y costosa en todos los sentidos, por lo que han sido incontables los esfuerzos realizados por comprender y explicar este proceso compuesto por diferentes variables. Numerosos autores han tratado de encontrar un modelo capaz de explicar el proceso de cuidado y la relevancia e interacción entre las diferentes variables que intervienen en este proceso. En este apartado se van a presentar algunos de los modelos más relevantes para el caso que nos ocupa: el maltrato a personas mayores.

1. MODELO DE ESTRÉS DE PEARLIN, MULLAN, SEMPLE y SKAFF (1990)

Se basa en el modelo explicativo de estrés de Lazarus y Folkman (1984), en el que los autores distinguen dos componentes en el proceso de aparición de una vivencia de estrés: la apreciación primaria y la apreciación secundaria. Estos autores señalan que en la apreciación primaria las personas determinan el carácter de un determinado evento para ellas como irrelevante, benigno o negativo. En caso de estimar o valorar que el evento tiene un carácter negativo, mediante el proceso de apreciación secundaria, las personas valoran los recursos disponibles para afrontarlos y las potenciales consecuencias que podrían producirse en función del éxito o no de ese afrontamiento.

Todas esas apreciaciones, en la medida que no permiten garantizar el éxito de la situación, hacen emerger la experiencia de estrés. Esa experiencia va acompañada de una serie de vivencias emocionales y de la selección y puesta en marcha de las estrategias y conductas de afrontamiento.

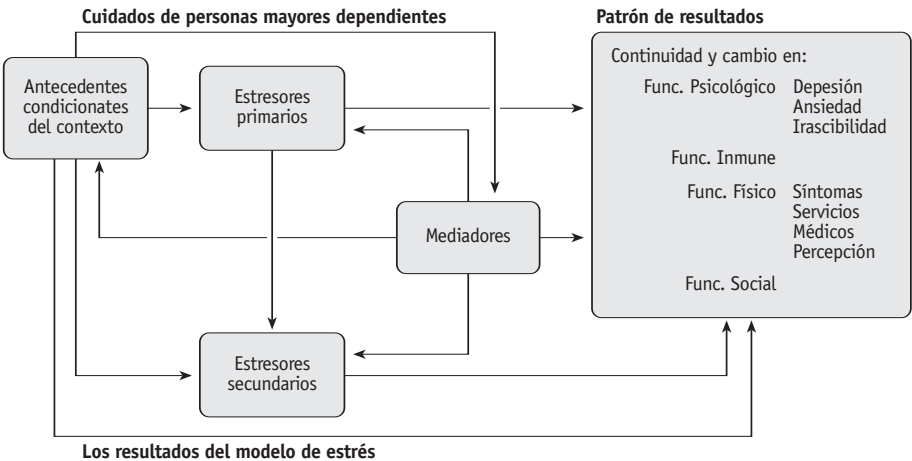
Por tanto, estos autores defienden que la reacción al estrés es paliada por la capacidad de evaluar esa amenaza percibida, así como por el tipo de estrategias de

afrentamiento con las que cuenta el individuo.

Tomando como referencia este modelo general de estrés de Lazarus y Folkman (1984), Pearlin y cols. (1990) propusieron un modelo explicativo de estrés aplicado al cuidado de una persona afectada de enfermedad de Alzheimer. Este modelo concibe el proceso de estrés como el resultado de la relación entre distintas variables: a) Antecedentes y condiciones del contexto (previas al cuidado), b) Estresores y variables moduladoras (relacionadas con el proceso de cuidado), y c) Resultados (consecuencias del cuidado). En la figura 1 se muestra el esquema de este modelo. A continuación se desarrollan las variables que integran el modelo de estrés de Pearlin y cols. (1990):

- a.** Antecedentes y condiciones del contexto (variables previas al cuidado). Este es el primer elemento básico de este modelo. Se consideran integrantes de este apartado las características sociodemográficas del cuidador, la red social y familiar, y la relación previa con la persona que atiende.
- b.** Estresores y variables moduladoras. Se entiende que el cuidador debe enfrentarse a una gran cantidad de estresores como consecuencia del cuidado del enfermo de Alzheimer (Izal y Montorio, 1999). Dentro de los estresores están los estresores primarios, es decir, aquellos estresores que se derivan directamente del enfermo o conjunto de actividades que los cuidadores realizan directamente

Figura 1. Modelos de estrés aplicado al cuidado de personas mayores dependientes (Pearlin y cols, 1990).



como resultado de la discapacidad del familiar mayor (ayudarle en las actividades de la vida diaria (AVD), reaccionar ante las alteraciones de conducta, etc), y los estresores secundarios que son aquellos que se derivan de las evaluaciones que el cuidador hace de sus propios recursos y de las interacciones de éste con otras personas (p.e., conflictos familiares).

Las variables moduladoras hacen referencia a aquellas acciones y recursos que tienen la capacidad de modificar la dirección del proceso de estrés mediante la regulación de los efectos de los estresores, y aliviar su impacto sobre los individuos (p.e., apoyo social).

c. Resultados o efectos causados por el cuidado. Estos son otros elementos básicos en este modelo. Los resultados afectan a distintos niveles de funcionamiento del organismo (estados afectivos, como depresión, ansiedad, ira, respuesta inmunológica, enfermedades físicas, etc). Normalmente los resultados del cuidado son descritos en términos de funcionamiento psicológico, físico y social.

Teniendo en cuenta este planteamiento de Pearlin (figura 1), el cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer en situación de dependencia debe entenderse como un proceso en el que están implicadas nuevas formas de aprendizaje y socialización ante la aparición de estresores tanto primarios como secundarios (Izal y Montorio, 1999). La adaptación a los requerimientos del cuidado depende de la aparición de estresores, de la contención de los mismos y de la valoración que hagan los cuidadores de su particular situación. Estos condicionantes determinarán los resultados del cuidado.

2. MODELO DE ESTRÉS DE LAWTON, MOSS, KLEBAN, GLICKSMANN Y ROVINE (1989, 1991)

El modelo de estrés propuesto por estos autores pretende añadir nuevos elementos al modelo anteriormente expuesto. En general, los componentes de los modelos de estrés se centran en antecedentes o condicionantes del contexto, estresores, mediadores y resultados. El modelo de valoración o apreciación propuesto por Lawton y cols. (1989, 1991) aporta una novedad con respecto al modelo anterior, se centra en la relación existente entre la situación objetiva de cuidado (estresores objetivos) y las constantes valoraciones y estimaciones que el cuidador realiza de ella. En consecuencia, asume que estas valoraciones tendrán un efecto determinante en la experiencia general de cuidado o bienestar del cuidador (Braithwaite, 1992; Lawton y cols., 1989; Lawton y cols., 1991).

En esta nueva variable a la que denominan “apreciación” incluyen tanto variables

subjetivas como interpretativas y supone un nuevo factor en la base del modelo de estrés. Lawton define la apreciación del cuidado como todas las valoraciones cognitivas y afectivas, así como las revaloraciones que el cuidador realiza del estresor potencial y su autoeficacia para afrontarlo.

Uno de los puntos fuertes de este modelo es que ha intentado entender el proceso de cuidado como un proceso dinámico, en el que se tienen en cuenta la persona del cuidador, el paciente y otros factores psicosociales y ambientales.

Este modelo ha sido criticado porque los componentes de la estimación se solapan con los componentes de los apoyos y las estrategias de afrontamiento (Braithwaite, 1996; Gatz, Bengston y Blum, 1990).

3. MODELO DE ESTRÉS DE YATES, TENNSTEDT, y BEI-HUNG (1999)

Este modelo pretende unir los modelos anteriores, para ello han realizado algunas modificaciones en el modelo de Pearlin y cols. (1990), que permitieron incorporar el modelo de Lawton y cols. (1991).

El modelo de estrés asociado al cuidado se basa, como hemos visto previamente, en el proceso de estrés general en el cual la relación e interacción en el tiempo entre los diferentes factores que lo componen producen estrés (Pearlin y cols., 1990; Skaff, Pearlin y Mullan, 1996). Los componentes básicos de estos modelos son los estresores, los mediadores, los resultados y la información contextual o antecedentes.

El modelo propuesto por Yates y cols. (1999) consta de nuevos integrantes no incluidos en fundamentaciones teóricas previas. En este sentido, une las variables estresoras del cuidado, la apreciación o estimación del cuidador y los potenciales mediadores en el bienestar del cuidador. Los componentes del modelo de Yates y cols. (1999) son :

- a.** Los estresores primarios propuestos en este modelo consisten en el nivel y tipo de incapacidad del paciente, aunque no incluye la asistencia del cuidador, ni la sobrecarga como en el modelo de estrés planteado por Pearlin y cols. (1990), ya que en este modelo se estima que eso forma parte del apartado apreciación. Presentar el modelo de esta forma permite distinguir entre los niveles de incapacidad de la persona cuidada (estresor) y la respuesta del cuidador a la misma (apreciación o estimación primaria).
- b.** Apreciación o estimación primaria. El cuidador debe evaluar el nivel de incapacidad del paciente y estimar la cantidad de cuidado que debe ofrecer, por tanto la situación de cuidado supone entender la situación y ofrecer una respuesta en consecuencia. En este modelo se realiza una apreciación subjetiva de las necesi-

dades de cuidado de la persona mayor lo que determina la cantidad de cuidado que debe ser ofrecida. Por ello la apreciación primaria se mide teniendo en cuenta las horas de cuidado diarias empleadas en el cuidado del paciente. Esto está basado en hallazgos que sugieren que algunos cuidadores proporcionan diferentes cantidades de cuidado a sujetos que tienen un nivel de incapacidad objetiva similar (DeBettignies, Mahurin y Pirozzolo, 1993). Esta asunción no invalida o cambia la hipótesis de que a mayor deterioro cognitivo y funcional, mayor requerimiento de asistencia, sino que únicamente difiere en que la relación entre necesidad y cuidado está en función de la estimación del cuidador.

c. Las variables mediadores se entiende que son aquellas que potencialmente tienen efectos positivos sobre el bienestar del cuidador contrarrestando, de este modo, los efectos negativos de los estresores primarios, o incluso, de las apreciaciones primarias (apoyo social, calidad de la relación con el paciente, apoyo emocional y formación del cuidador).

d. La sobrecarga en este modelo es el componente del apartado apreciación secundaria y no se entiende como estresor primario. El criterio de los autores para incluirlo en el apartado apreciación secundaria se basa en que los cuidadores, a la hora de determinar la sobrecarga, realizan una evaluación de la situación y expresan cómo se sienten al respecto. En este caso se puede comparar la sobrecarga con lo que algunos autores han llamado carga subjetiva y puede definirse como los sentimientos que el cuidador tiene con respecto: al nivel de energía, satisfacción con el nivel de cuidado ofrecido y tiempo para realizar todo lo necesario, incluido tiempo para uno mismo (Pearlin y cols., 1990).

e. Los resultados en este modelo de Yates y cols. (1999) se refieren al riesgo del cuidador de padecer depresión.

En síntesis, el bienestar del cuidador dependerá de los estresores primarios, la estimación que el cuidador haga de ellos y de los potenciales mediadores.

En la página adyacente se muestra en la figura 2 una representación gráfica del modelo de Yates y cols. (1999).

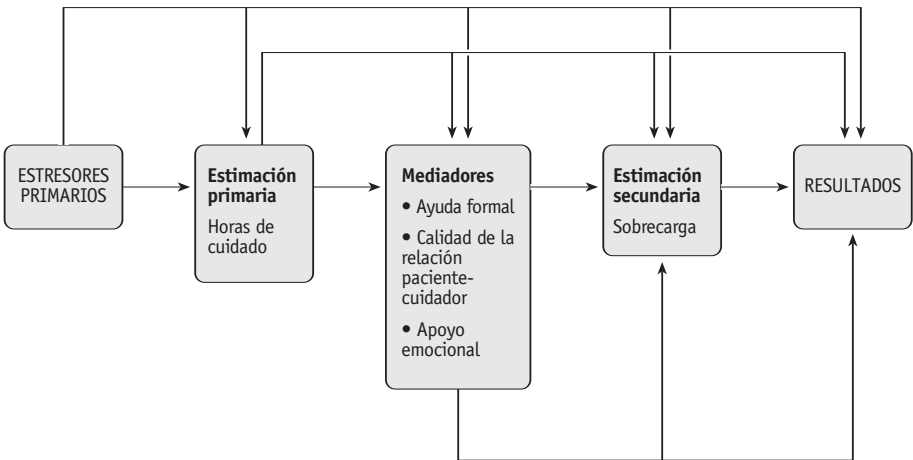
En la literatura se ha criticado que a medida que se utilizan más los modelos de estrés en las investigaciones con cuidadores cada vez son menos precisos (Abel, 1990, Braithwaite, 1996; Gatz, Bengston y Blum, 1990). En general, se han criticado varios aspectos: a) en un primer momento, el modelo de estrés se centraba en los mecanismos de afrontamiento del cuidador, b) pocas veces se han reconocido consecuencias positivas con el paradigma de estrés, c) debido a que se tiende a considerar que las variables estresoras provienen de la persona que recibe el cuidado, el

modelo pierde la visión de la relación diádica entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado, así como con el resto de familiares y relaciones allegadas. Estas relaciones son multidimensionales por naturaleza e incluyen interacciones actuales y pasadas que ocurren en un contexto cultural e histórico.

Programas de intervención para cuidadores de enfermos con demencia

Ante la evidencia del elevado nivel de estrés que puede producir el cuidado de un paciente con enfermedad de Alzheimer, en los últimos 20 años se han desarrollado numerosos Programas de Intervención Psicosocial (PIP) para cuidadores, con el objetivo principal de ayudarles a reducir el estrés percibido producido por el cuidado, así como las posibles situaciones derivadas. Estos programas han utilizado diferentes formatos y métodos para cumplir dicho objetivo, comprendiendo desde intervenciones psicológicas individuales a grupos de apoyo, en los que se emplean técnicas específicas tales como entrenamiento en solución de problemas o afrontamiento de situaciones difíciles (Bourgeois, Schulz y Burgio, 1996).

Figura 2



1. GRUPOS DE APOYO

Está estudiado que es más fácil que las personas desarrollen y mantengan relaciones de apoyo con personas que están pasando por la misma situación, (Bell, 1981; Feld, 1982; Lazarsfeld y Merton, 1954; Marsden, 1988; Merton, 1968; Sutor, 1987). Existen algunos factores que explican el desarrollo y el mantenimiento de estas relaciones, así niveles de semejanza entre la edad, el género, el estado civil y el empleo parecen ser variables que favorecen este tipo de relaciones (Bell, 1981; Feld, 1982; Lin, Wowlfel y Lighr, 1986; Marsden, 1988; Wellman y Wortley, 1990). También el estatus social produce relaciones de apoyo, puesto que estos individuos tienden a tener los mismos intereses y valores (Duck y Craig, 1978; Lea y Duck, 1982; Singer, 1981). Los grupos de apoyo es el servicio más común que se ofrece a los cuidadores de enfermos de Alzheimer (Goodman, 1991). En ellos participan tanto cuidadores como profesionales y su dinámica consiste en el cambio de información entre cuidadores que están pasando por una situación similar.

En estos grupos, se comparten preocupaciones, se expresan sentimientos y miedos, se comparten experiencias con los miembros del grupo y se trata de ayudar a los demás. Como se puede apreciar, se trata de grupos en los que se trabaja la reciprocidad, puesto que se escucha pero a la vez se proporciona información. Asimismo Lieberman (1979) identificó una serie de razones por las cuales la gente se une a los grupos de apoyo: modelado conductual, semejanza en la naturaleza de los problemas, apoyo emocional, información/consejo, altruismo y ayuda hacia los demás, y ayuda práctica. Además, la experiencia de universalidad (sensación de estar todos en el mismo barco) hace que la gente se sienta menos sola. Estos grupos fomentan la cohesión, aumentan la autoestima y permiten un mejor afrontamiento del problema.

Numerosos autores asumen que estos grupos proporcionan información (Shibbal-Campagne y Stachow, 1986; Simank y Strickland, 1986) y apoyo emocional (Barnes y cols, 1981; Lazarus y cols, 1981). Sin embargo, y haciendo referencia una vez más a las diferencias de género en la implicación del cuidado, en el actual contexto cultural de la tradicional división de roles se ha llegado a valorar la necesidad de ofrecer diferentes tipos de apoyo psicosocial a los cuidadores según el género. Los varones prefieren apoyos más prácticos en las actividades manuales del cuidado y las mujeres pueden ser más receptivas hacia apoyos emocionales (escucha, orientación, grupos de autoayuda). Zarit y cols. (1986) caracterizaban la actitud de los maridos como “instrumental” y la de las mujeres como “emocional”, lo cual se ve confirmado en un estudio realizado en Alemania sobre las necesidades y expectativas de los cuidadores que participaban en un grupo de apoyo (Förstl y Geiger-

Kabisch, 1995). Desgraciadamente son pocos los estudios que han podido medir los cambios en la percepción en los cuidadores de estar apoyados (Zarit y cols., 1987; Haley y cols, 1987).

2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON CUIDADORES

Se han descrito numerosos tipos de intervenciones con cuidadores con el fin de mejorar la calidad de vida del cuidador y en consecuencia la de los pacientes. A pesar de que existe un corpus teórico basado en evidencia que avala la eficacia de dichas intervenciones, las revisiones realizadas al respecto no alcanzan en algunos casos conclusiones unánimes. Ello puede deberse, entre otras razones, a defectos en los diseños experimentales utilizados, problemas en la aleatorización de la muestra o utilización incorrecta de los instrumentos de medida. Algunos autores, incluso, han señalado que la eficacia de las intervenciones con cuidadores puede tener un efecto a largo plazo en la mejora de la calidad de vida, que no se registra en la valoración realizada inmediatamente después de la intervención (Cooke, McNally, Mulligan, Harrison y Newman, 2001).

Por tanto, a pesar de que prácticamente todos los participantes en los diferentes Programas de Intervención Psicosociales realizan una valoración positiva del programa, existen todavía algunas lagunas de evidencia empírica sobre la validez de estos programas (Gallagher-Thompson y cols., 1998). Se trata, por lo tanto, de un área abierta a la investigación y a la mejora del conocimiento científico.

En este sentido y con el objetivo de revisar todas los artículos publicados sobre cuidadores, Brodaty y cols. (2003) llevaron a cabo un meta-análisis sobre intervenciones psicosociales con cuidadores de enfermos con demencia. Las conclusiones de este estudio afirman que estos programas tienen efectos leves, pero significativamente positivos, en el aumento del conocimiento de los cuidadores, en la morbilidad psicológica, en las estrategias de afrontamiento y en el apoyo social. A pesar de estos modestos hallazgos objetivos, la percepción subjetiva de los cuidadores difiere considerablemente puesto que consideran que sus estrategias de afrontamiento se ven gratamente incrementadas (Chiverton y cols., 1989), refieren mejor relación con el paciente (McCallion, 1999), consideran que la intervención les ha proporcionado estrategias útiles para su aplicación en el cuidado del paciente (Quayhagen y cols., 2000) y, sobre todo, que volverían a repetir la intervención (Robinson, 1988). Afirman, asimismo, que los programas psicosociales con cuidadores retrasan la institucionalización del paciente (Mittelman y cols., 1996).

En el polo opuesto se encuentran aquellas intervenciones que no tienen efectos positivos en el bienestar de los cuidadores por tratarse de intervenciones psicoedu-

cativas excesivamente cortas (1-3 sesiones), grupos de apoyo sin estructuración de las sesiones y entrevistas individuales que, por sí mismas, no funcionan en la mejora del estado psicológico del cuidador. Lo que sí se encuentra es un consenso creciente en la literatura de que las intervenciones integrales, intensivas e individuales (Toseland y Rossiter, 1989), resultan ser más efectivas que aquellas que no cumplen estas características (Haley y cols., 1997; Kennet y cols., 2000; Mittelman, y cols.,1996).

En cuanto a los contenidos de las sesiones se ha demostrado que las intervenciones psicosociales, que incluyen apoyo social y entrenamiento en diferentes habilidades, son las que tienen mayores efectos en reducción de carga (“burden”) y depresión (Gallagher-Thompson y cols., 2000; Cooke y cols., 2001; Knight y cols, 1993; Gatz y cols, 1990). En el meta-análisis, mencionado anteriormente (Brodaty y cols., 2003), se halló que uno de los aspectos claros, y estadísticamente significativos del éxito de las intervenciones era el aprendizaje por parte del cuidador de técnicas de resolución de problemas en relación al cuidado del paciente (Teri y cols, 1997).

NYU Spouse-Caregiver Intervention Study (Mittelman, Ferris, Shulman, Steinberg y Levin, 1996)

En el programa propuesto por Mittelman y cols., (1996) los objetivos principales consisten en ayudar a los cuidadores a posponer el ingreso del paciente en una residencia y mantener el bienestar de los cuidadores. Esta intervención contiene diferentes componentes. Los cuidadores reciben terapia individual y familiar para incentivarles a participar posteriormente en los grupos de apoyo. Asimismo para el cuidador principal se ofrece un tratamiento telefónico, ad hoc, cuandoquiera que lo solicite.

La terapia individual y familiar inicial consiste en una intervención estructurada, y con un tiempo límite, cuyo objetivo es: a) informar al cuidador sobre diversos aspectos de la enfermedad; b) promover la comunicación para favorecer la comunicación entre ambos; c) entrenamiento en resolución de problemas; d) manejo de comportamientos difíciles; e) promover el apoyo social, y f) concienciar a los cuidadores de la necesidad de administrar fármacos a los pacientes para manejar algunos de los síntomas tratables de la propia enfermedad. El grupo de apoyo y el seguimiento telefónico duran mientras dure la enfermedad.

Los resultados del estudio con cuidadores llevado a cabo con este programa mostraron que se consiguió retrasar el ingreso del paciente en la residencia (Mittelman y cols, 1996). El ingreso en residencia estaba directamente relacionado con la

forma en la que afectaban los problemas de memoria y conducta en el cuidador, los niveles de depresión en el cuidador, la severidad de la demencia, el género del cuidador y la edad del paciente (Mittelman y cols., 1996). Con la intervención psicosocial consiguieron que se redujeran los niveles de depresión en los cuidadores.

Programa de intervención de Gallagher-Thompson, Rose, Florsheim, Jacome, Del Maestro y Peters, 2000

El programa psicoeducativo de intervención propuesto por Gallagher-Thompson y cols., (2000) está basado en los modelos teóricos que describen la influencia de los aspectos cognitivos y del comportamiento en el desarrollo y mantenimiento de estados afectivos negativos como la depresión (Beck y cols., 1979; Lewinsohn y cols., 1986). La intervención realizada con este formato se basa en experiencias anteriores en grupos psicoeducativos para cuidadores, que mostraron ser efectivas en la reducción del malestar asociado a la tarea del cuidado (Gallagher-Thompson y cols., 1985; Gallagher y cols., 1992; Thompson y cols., 1992). El objetivo principal del programa es ayudar a los cuidadores a aprender y establecer estrategias psicológicas adaptativas para manejar las dificultades intrínsecas al cuidado y, en consecuencia, mejorar su calidad de vida. Está basado en el Programa de Intervención Psicosocial “Older Adult and Family Center” (VA Palo Alto Health Care System). Este programa original de Gallagher-Thompson y cols., (2000) se tradujo y adaptó posteriormente a población hispana por Solano y cols. (2002).

Los estudios previos (Gallagher-Thompson y cols., 2000) demostraron que era necesario centrar las sesiones en enseñar un número limitado de estrategias de manejo a través de aproximaciones instrumentales. En primer lugar, el denominado afecto negativo se ve disminuido con el aprendizaje de técnicas de relajación que, posteriormente, se generalizan para las diversas situaciones estresantes que se dan en el cuidado. Con el fin de percibir el comportamiento de la persona cuidada de forma más realista, identificar y modificar pensamientos inadecuados, y usar la comunicación asertiva de una manera efectiva, se incluyen contenidos en el programa para trabajar estos aspectos. En segundo lugar, los afectos positivos se verán aumentados con el aprendizaje de habilidades concretas, como la relación entre estado de ánimo y actividades, incorporando eventos placenteros simples que ocurran en la vida cotidiana, y estableciendo objetivos de cambio personal y recompensas.

La intervención se presenta con estructura similar al de una clase en la que se enseñan técnicas de afrontamiento con un alto grado de estructuración. Este formato didáctico resulta más atractivo para los cuidadores, que tienden a verse a sí

mismos como no necesitados de ayuda psicológica, a pesar de los altos niveles de estrés que pueden llegar a presentar. Los objetivos generales consisten en: a) ayudar a los cuidadores a controlar la tensión y el estrés derivado del cuidado (Gallagher-Thompson y cols., 1992), b) enseñarles diferentes estrategias para manejar los problemas de comportamiento de su familiar, y c) aumentar la satisfacción vital (Gallagher-Thompson y cols., 1992; Thompson y cols., 1992, Gallagher-Thompson y cols., 2000). Se trata de un programa con un alto grado de versatilidad diseñado, ya desde su origen, para abordar cuidadores de un amplio espectro de procedencias culturales y socioeconómicas. Puede realizarse de forma individual o con grupos reducidos de 6-8 miembros, con sesiones semanales o quincenales, con un total de sesiones que oscilan entre 8 y 12.

Programa “Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda”

(Izal, Montorio y Díaz-Veiga, 1997)

El programa “Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda”, desarrollado en nuestro país, con el fin de valorar una guía para cuidadores que lleva el mismo título, combina el aprendizaje de habilidades dirigidas al control de situaciones difíciles asociadas al cuidado con las relativas a la promoción de la autonomía y autoestima de las personas cuidadas, la comunicación de los cuidadores con las personas que atienden, y el control de los comportamientos problemáticos que pueden presentar las personas mayores dependientes (Izal y cols, 1997). En el cuadro 1 puede observarse el resumen del contenido del programa.

A través del programa de intervención se pretenden alcanzar dos objetivos fundamentales:

- Fomentar en los cuidadores la actitud de darse cuenta de la necesidad de cuidarse mejor a sí mismos y transmitir los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar y potenciar en estas personas estrategias adaptativas de afrontamiento de situaciones problemáticas y sentimientos negativos asociados al cuidado.
 - Proporcionar a los cuidadores conocimientos y destrezas que les ayudarán a cuidar mejor de sus familiares, favoreciendo la autonomía y autoestima de los mismos y evitando el exceso de incapacidad que ocurre en muchos casos.
- De esta forma, el contenido del programa se centrará en torno a dos grandes bloques temáticos.

Cuadro 1. Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda. Programa de intervención elaborado a partir de la guía “cuando las personas mayores necesitan ayuda” (Izal, Montorio y Díaz-Veiga, 1997)

Sesión	Contenidos	Método
SESIÓN 1. Presentación del curso y de los participantes del mismo.	Presentación del terapeuta, de los participantes y del programa. Normas (asistencia, participación activa, tareas para casa, respeto de turno de palabra...). Educación: Alzheimer y cuidado (estrés, curso para afrontar el mejor cuidado y reducir las consecuencias negativas)	Presentación cruzada, transparencias y video
SESIÓN 2. El cuidado del cuidador: aprender a sentirse bien	Darse cuenta (señales de alarma) y descripción de sentimientos negativos	Exposición teórica, preguntas, tormenta de ideas.
SESIÓN 3. El cuidado del cuidador. Poner límites a la cantidad de cuidado y cuidar la propia salud.	Importancia de pedir ayuda informal y formal, creencias irracionales, cómo pedir ayuda	Ejercicio de reflexión, role-playing
SESIÓN 4. El cuidado del cuidador: aprender a sentirse bien. Controlar el enfado y los sentimientos negativos	Poner límites al cuidado, aprender a decir “no”, aprender a dejarse ayudar, cuidar de la propia salud.	Discusión grupal, role-playing
SESIÓN 5. Favorecer la comunicación.	Qué es la comunicación, importancia de la comunicación, estrategias para conseguir una buena comunicación con el familiar dependiente.	Preguntas, ejercicios de role-playing.
SESIÓN 6. Favorecer la autonomía	Los riesgos del cuidado y de la ayuda (el exceso de cuidado), cómo potenciar la autonomía, cómo potenciar la autoestima	Ejercicios de grupo, preguntas.
SESIÓN 7. Manejo de comportamientos difíciles (I).	Qué son los comportamientos problemáticos, intervención sobre comportamientos problemáticos (ABC y plan de acción)	Discusión en grupo, ejercicios grupales y role-playing
SESIÓN 8. Manejo de comportamientos difíciles (II)	Qué son los comportamientos problemáticos, intervención sobre comportamientos problemáticos (ABC y plan de acción)	Discusión en grupo, ejercicios grupales y role-playing
SESIÓN 9. Planificar el futuro y consulta de dudas	Mantener reuniones familiares, consultar con otras personas, asegurar la atención del familiar, como medidas de planificación del futuro. Instrucciones personalizadas.	Ejercicios de role-playing
SESIÓN 10. Evaluación	Se procederá a la evaluación del curso y a la concertación de citas futuras.	Trabajo de grupo

El cuidado del cuidador:

- Fomento del darse cuenta de la necesidad de cuidarse a sí mismo
- Descripción de los sentimientos negativos más frecuentes en la vida de los cuidadores (tristeza, culpa, enfado, autocompasión) y explicación de nuevas estrategias para controlarlos (técnicas de relajación, de solución de problemas, asertividad...)
- Explicación de estrategias para cuidar de la salud física y psicológica.

El cuidado de la persona mayor dependiente.

- Habilidades y destrezas para manejar los comportamientos problemáticos (deambulación, agresividad, incontinencia...) del familiar con Alzheimer.
- Habilidades para favorecer la autonomía, independencia y autoestima del familiar dependiente.

En las primeras sesiones del programa se enseña a los cuidadores a detectar señales de alarma que deben predisponer a empezar a cuidar de sí mismos para, posteriormente, modificar su forma de actuar y poner en práctica habilidades que les ayuden a mejorar su situación como cuidadores.

En las sesiones siguientes se tratan los problemas de comunicación con las personas que cuidan, practicándose las habilidades que contribuyen a resolverlos, así como otro tema tan importante como el pedir ayuda.

En sesiones posteriores se aborda el análisis, prevención y control de los comportamientos problemáticos de los pacientes a los que se enfrentan los cuidadores que asisten al programa (p.e. agresión, agitación, alucinaciones, etc). En estas sesiones se tratan las razones que explican la presencia de este tipo de conductas y se analizan con los cuidadores las posibles pautas de actuación para corregirlas o controlarlas.

La penúltima sesión se dedica a preparar el futuro, establecer, entre otras estrategias tratadas a lo largo del programa, cuáles pueden ser útiles y facilitar su implantación en su vida diaria.

La última sesión se dedica a la evaluación.

Conclusiones

A lo largo del presente trabajo se ha analizado, a través de los modelos de estrés, el proceso de cuidado de una persona mayor dependiente (en este caso personas con enfermedad de alzheimer) y se ha pretendido caracterizar “los posibles riesgos potenciales de maltrato” que conlleva el cuidado de personas dependientes. Así mismo, se han analizado las posibles intervenciones sobre cuidadores que actúen de manera preventiva sobre el posible maltrato de personas mayores.

No obstante, las conclusiones que se extraen orientan hacia la necesidad de profundización de este tipo de trabajos que analicen de forma sistemática la efectividad de dichos programas. Puede observarse que casi todos los trabajos se han centrado en programas de intervención cortos, en formato individual o grupal, pero que se ha prestado escasa atención a otro tipo de intervenciones, como las intervenciones comunitarias, intervenciones familiares o incluso las basadas en tecnologías. Es, pues, éste un campo abierto a la investigación futura para esclarecer la idoneidad metodológica a aplicar en los programas de intervención que se llevan a cabo con cuidadores de enfermos con demencia.

Además, en el campo concreto del maltrato, la evidencia es escasa. No obstante, existe un futuro abierto a la investigación sobre intervenciones en este campo, que nos atrevemos a afirmar deberán especializarse y complejizarse con el objetivo de atender de manera más concreta a las diferentes situaciones del cuidado y de las posibles situaciones de maltrato.

Bibliografía

- Abel, E. K. (1990). *Informal care of the disabled elderly: A critique of recent literature*. Research on Aging, 12, 139-157.
- Abengozar, M. C. y Serra, E. (1997). *Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia*. Revista Española de Geriátria y Gerontología, 32, 5, 257-269.
- Adams, B. N. (1968). *Kinship in urban setting*. Chicago: Markman.
- Alexopoulos, G. y Abrams, R. (1991). *Depression in Alzheimer's disease*. The Psychiatric Clinics of America, 14, 327-339.
- Allen, S. (1994). *Gender differences in spousal caregiving and unmet need of care*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 49, 187-195.
- Alspaugh, M. E. L., Stephen, M. A., Townsend, A. L., Zarit, S. H. y Greene, R. (1999). *Longitudinal patterns of risk for dementia caregivers: Objective and subjective primary as stress predictors*. Psychology and Aging, 14, 34-43.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.^a ed. (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I. y Schuler, R.H. (1993). *Stress, role captivity and the cessation of caregiving*. Journal of Health and Social Behavior, 34, 54-70.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J.T., Zarit, S. H. y Wlthlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Barnes, R. F., Raskind, M. A., Scott, M. y Murphy, C. (1981). *Problems of families caring for Alzheimer patients: Use of a support group*. Journal of the American Geriatrics Society, 29, 2, 80-85.
- Barrera, M. (1986). *Distinctions between social support concepts, measures, and models*. American Journal of Community Psychology, 14, 4 413-445.
- Bazo, M. T. (1998). *El cuidado familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: El caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer*. Revista Española de Geriátria y Gerontología, 33, 1, 49-56.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Bell, R. R. (1981). *World friendship*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Biegel, D. E., Sales, E. y Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park, CA: Sage.
- Billings, A., Cronkite, R. y Moss, R. (1983). *Social-environmental factors in unipolar depression: Comparison of depressed patients and nondepressed controls*. Journal of Abnormal Psychology, 92, 119-133.
- Bourgeois, M. S., Schulz, R., y Burgio, L. (1996). *Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process, and outcomes*. International Journal of Aging and Human Development, 43, 35-92.
- Braithwaite, V. (1996a). *Between stressors and outcomes: Can we simplify caregiving process variables*. The Gerontologist, 36, 42-53.
- Braithwaite, V. (1992). *The ageing experience: Loss, threat or challenge?* In P. Heaven (Ed.), *Life span development*. Sydney: Harcourt Brace Jovanovich (pp. 268-301).

- Braithwaite, V. (1996). *Understanding stress in informal caregiving: Is burden a problem of the individual or of society*. Research on Aging, 18, 139-174.
- Brodaty, H. y Gresham, M. (1989). *The effect of a training programme to reduce stress in cares of patients with dementia*. British Medical Journal, 299,1375-1379.
- Brodaty, H. y Luscombe, G. (1998). *Psychological morbidity in caregivers is associated with depression in patients with dementia*. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 12, 62-70.
- Brodaty et al., *Long-term outcome of late-onset schizophrenia: 5-year follow-up study*, Br J Psychiatry 2003; 183: 213-219.
- Brownell, et al, 1999. *Mental Health and Criminal Justice Issues Among Perpetrators of Elder Abuse*. Journal of Elder Abuse&Neglect, Vol. 11, Nº 4, 81-94.
- Burgio, L., Corcoran, M., Lichstein, K. L., Nichols, L., Czaja, S., Gallageher-Thompson, D. (2001). *Judging outcomes in psychosocial interventions for dementia caregivers: The problems of treatment implementation*. The Gerontologist, 41, 481-487.
- Burton, L. C., Newsom, J. T., Schulz, R., Hirsch, C. H. y German, P. S. (1997). *Preventative health behaviors among spousal caregivers*. Preventative Medicine, 26, 162-169.
- Cantor, M. (1983). *Strain among caregivers: A study of a experience of family caregivers*. The Gerontologist, 23, 6, 597-604.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. Journal of Personality ans Social Psychology, 56, 2, 267-283.
- Chang, C. F. y White-Means, S. I. (1991). *The men who care : An analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home*. The Journal of Applied Gerontology, 10, 343-358.
- Chenoweth, B., Spencer, B. (1986). *Dementia. The experience of family caregivers*. The Gerontologist, 26, 3, 267-272.
- Chiverton, P. and Caine E.D. (1989). *Education to Assist Spouses in Coping with Alzheimer's Disease: A Controlled Trial*. Journal of the American Geriatric Society, 37: 593-598.
- Clipp, E. C y George, L. K. (1990). *Varegiver needs and patterns of social support*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 45, 102-112.
- Cohen, C. I., Teresi, J. y Holmes, D. (1985). *Social networks and adaptation*. The Gerontologist, 25, 3, 297-304.
- Cohen, D. (2000). *Caregiver stress increases the risk of homicide-suicide*. Geriatric Times, 1,1-7.
- Cohen, D. (2002). *Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease*. Family and Professional cares: Findings lead to action,49-54.
- Cohen, D. y Eisdorfer, C. (1998) *Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease*. Journal of the American Geriatrics Society, 36, 885-889.
- Cohen, D. y Eisdorfer, C. (2001). *The Loss of self: A family Resource for Alzheimer's disease and related disorders*. New York: WW Norton.
- Cohen, D., Luchins, D. y Eisdorfer, C. (1990). *Caring for relatives with Alzheimer's disease: The mental health risks to spouses, adult children and other family caregivers*. Behavior, Health, and Aging, 1, 171-182.

Cohen, S, Kamarck, T. y Mermelstein, R (1983). *A Global Measure of Perceived Stress*. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396

Cohen, S., Kessler, R. C. y Gordon, L. U. (1995). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.

Collins, C. y Jones, R. (1997). *Emotional distress and morbidity in dementia carers: A matched comparison of husbands and wives*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12, 1168-1173.

Cooke, et al. (2001) *Psychological interventions for caregivers of people with dementia: A systematic review*. Aging and Mental Health, 5 (2): 120-135.

Coryell, W., Endicott, J., Winokur, G., Akiskal, K., Solomon, D., Leon, A., Mueller, T. y Shea, T. (1995). *Characteristics and significance of untreated major depressive disorder*. American Journal of Psychiatry, 15, 1124-1129.

Crowne, D. P. y Marwe, D. (1960). *A new scale of social desirability independent of psychopathology*. Journal of Consulting Psychology, 24, 349-354.

Cummings, J. L., Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-NH). (2000). *Versión para centros de cuidados crónicos*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 75-83.

Cummings, J.L. (1994). *The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. Neurology, 44, 2308-2314.

Cummings, J.L., Ross, W, Absher, J., Gornbein, J. y Hadjiaghai, L. (1995). *Depressive symptoms in Alzheimer disease: Assessment and determinants*. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 9, 2, 87-93.

Czaja, S. J., Eisdorfer, C. y Schulz, R. (2000). *Future directions in caregiving :Implications for intervention research*. En: D. Beigel & A. Blum (Eds), *Innovations in practice and service delivery across the life span* (pp. 295-325). New York :Springer.

DeBettingnies, B.H., Mahurin, R.K. y Pirozzolo, J.R. (1993). *Functional status in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia: A comparison of patient performance and caregiver report*. Clinical Gerontologist, 12, 31-49.

Deimling, G. T. y Bass, D. M. (1986). *Symptoms of mental impairment among elderly adults and their caregivers*. Journal of Gerontology, 41, 778-784.

Development and preliminary outcomes with women who care for relatives with dementia. The Gerontologist, 34, 548-552.

Doriga P.L., Guillen F. (1995). *Aproximación clínica al paciente geriátrico, técnicas de valoración geriátrica, evaluación clínica, funcional, mental y social*. Monografías de actualización en Geriátrica. (Ed) Médicos S.A. Madrid, 1,5-33.

Drinka, T. J., Smith, J. y Drinka, P. J. (1987). *Correlates of depression and burden for informal caregivers of patients in a geriatrics referral clinic*. Journal of American Geriatrics Society, 35, 522-525.

DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1995). Barcelona: Masson.

Duck, S. W. Y Craig, R. G. (1978). *Personality, similarity, and the development of friendship: A longitudinal study*. British Journal of Clinical psychology, 17, 237-242.

Dunlop et al, 2000. *Elder Abuse: Risk Factors and Use of Case Data to Improve Policy and Practice*. Journal of Elder Abuse & Neglect, Vol.12. Nº 2, 95 – 122.

- Dura, J. R., Haywood-Niler, E. y Kielcot-Glaser, J. K. (1990). *Spousal caregivers of persons with Alzheimer's and Parkinson's disease dementia: A preliminary comparison*. The Gerontologist, 30, 332-339.
- Dwyer, J.W. y Coward, R.T. (1991). *A multivariate comparison of the involvement of adult sons versus daughters in the care of impaired persons*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 46, 25-269.
- Enright, R. B. (1991). *Caregiving and help recieved by spouses and adult children of brain-impaired adults*. The Gerontologist, 31, 375-383.
- Feld, S. L. (1982). *Social strucutral determinants of similarity among associates*. American Sociological Review, 47, 797-801
- Fengler, A. P. y Goodrich, N. (1979). *Wives of eldely disabled men: The hidden patients*. The Gerontologist, 19, 175-183.
- Fingerman, K. L, Gallagher-Thompson, D., Lovett, S. y Rose, J. (1996). *Internal resourcefulness, task demands, coping and dysphoric affect among caregivers of the frail elderly*. International Journal of Aging and Human Development, 42, 229-248.
- Fiore, J., Becker, J. y Coppel, D. B. (1983). *Scial network interactions: A Buffer or a stress*. American Journal of Community Psychology, 11, 4, 423-439.
- Fisher, L. Lieberman, M. A. (2002). *Family support and burden in Alzheimer's disease*. Family and professional carers: Findings lead to action, 31-35.
- Fitting, M., Rabins, P., Lucas, M.J., y Eastham, J. C. (1986) *Caregivers for dementia patients: A comparison of husbands and wives*. The Gerontologist, 26, 248-252.
- Flórez Lozano, J. A., Adeva J., García M. C. y Gómez Martín M. P. (1997). *Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos*. Jano, 20-26, 1218, 53-64.
- Förstl, H., y Geiger-Kabisch, C. (1995). *"Alzheimer Angehörigengruppe". Eine systematische Erhebung von Bedürfnissen und Erfahrungen pflegender Angehöriger*. Psychiatric Prax, 22, 68-71.
- Fredriksen, K. I. (1996). *Gender differences in employment and the informal care adults*. Journal of Women and Aging, 8, 35-53.
- Friss, L. R. y Whitlatch, C. J. (1991). *Who's taking care? A statewide study of family caregivers*. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research (Sep-Oct), 16-26.
- Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S. y Thompson, L. W. (1989). *Prevalence of depression in family caregivers*. The Gerontologist, 29, 449-456.
- Gallagher, D., Thompson, L., Silven, D., & Priddy, M. (1995). *Problem solving for caregivers: Class leaders' manual*. Palo Alto, CA: VA Palo Alto Health Care System and Stanford University School of Medicine.
- Gallagher-Thompson, D. & DeVries, H. M. (1994). *Coping with frustration classes*:
- Gallagher-Thompson, D. W., Coon, D., Rivera, P., Powers, D. y Zeiss, A. M. (1998). *Family caregiving. Stress, coping and intervention*. En Handbook of Clinical Geropsychology, Plenum Press, New York.
- Gallagher-Thompson, D. y Steffen, A. M. (1994). *Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 543-549.
- Gallagher-Thompson, D., Arean, P., Rivera, P. y Thompson, L. W. (2001). *Reducing distress in Hispanic family caregivers using a psychoeducational intervention*. Clinical Gerontologist, 23,17-32.

Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y. y Thompson, L. W. (2003). *Change in Indices of Distress Among Latino and Anglo Female Caregivers of Elderly Relatives With Dementia: Site-Specific Results From the REACH National Collaborative Study*. The Gerontologist, 43, 4, 580-591.

Gallagher-Thompson, D., Leary, M. C., Ossinalde, C., Romero, J.J., Wald, M. y Fernandez-Gamarra, E. (1997). *Hispanic caregivers of older adults with dementia: Cultural issues in outreach and intervention*. Easter Group Psychotherapy Society, 21,2, 211-232.

Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J. McKibbin, C., Coon, D. W., Futterman, A., y Thompson, L. W. (2000). *Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers*. Journal of Clinical Geropsychology, 6, 91-110.

Gallagher-Thompson, D., Rose, J., Florsheim, M., Gantz, F., Jacome, P., Del Maestro, S., Peters, L., Arguello, D., Johnson, C., Moorehead, R.S., Polich, Chesney, M. y Gatz, M., Bengtson, V. L., y Blum, M. J. (2000). *Caregiving families*. En J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 404-426). San Diego: Academic Press.

Gallagher-Thompson, D., Rose, J., Florsheim, M., Jacome, P., Del Maestro, S., Peters, L. (2000). *Controlling your frustration: A class for caregivers (Leaders Manual and Participant Workbook)*. Palo Alto, CA: Department of Veterans Affairs Medical Center.

Gallagher-Thompson, D., Solano, N., Coon, D. & Arean, P. (2003). *Recruitment and retention of Latina dementia family caregivers in intervention research: Issues to face, lessons to learn*. The Gerontologist, 43, 45-51.

Gallagher-Thompson, D., Solano, N., McGee, J. S., Krisztal, E., Kaye, J., Coon, D. y Thompson, L. (2002). *Coping with caregiving: Reducing stress and improving quality of life. Class leaders' manual*. Palo Alto, CA: VA Palo Alto Health Care System and Stanford University School of Medicine.

Gatz, M., Bengtson, V. L. y Blum, M. J. (1990). *Caregiving families*. En J. E. Birren y J.W. Schiaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (3rd.ed). San Diego:Academic Press, Inc.

Gaugler, J. E., Davey, A., Pearlín, L. I. y Zarit, S. H. (2000). *Modeling caregiver adaptation over time: The longitudinal impact of behaviour problems*. Psychology and Aging, 15, 3, 437-450.

George, L. K., Gwyther, L. P. (1986). *Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults*. The Gerontologist, 26, 253-259.

Goodman, C. C. (1991). *Percieved social support for caregiving:measuring benefit of sel-help/support group participation*. Journal of Gerontological Social Work, 16 (3/4), 163-175.

Gouldner, H. y Strong M. S. (1987). *Speaking of friendship: Middle-class women and their friends*. Westport, CT: Greenwood press.

Hadjistavropoulos, T., Taylor, S., Tuokko, H. y Beattie, B. L. (1994). *Neuropsychological deficits , caregivers' perception of deficits and caregiver burden*. Journal of the American Geriatrics Society, 42, 308-314.

Haley, W. E. y Pardo, K. M. (1989). *Relationship of severity of dementia to caregiving stressors*. Psychology and Aging, 4, 389-392.

Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L. y Bartolucci, A. A. (1987). *Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers*. Psychology and Aging, 2, 323-330.

Haley, W. E., Levine, E.G., Brown, S. L. Berry, J. W. y Hughes, G. H. (1987). *Psychological , social and health consequences of caring for a relative with senile dementia*. Journal of American Geriatrics Society, 35, 405-411.

- Haley, W. F., Ehrbar, L. y Schonwetter, R. (1997). *Family caregiving issues*. En L. Balducci, G.H. Lyman, & W.B. Ershler (Eds.), *Comprehensive geriatric oncology* (pp 805-812). London: Harwood Academic.
- Hightower, et al. 1999. *Meeting the Needs of Abused Older Women? A British Columbia and Yukon Transition House Survey*. Journal of Elder Abuse & Neglect. Vol. 11, N° 4, 39-57.
- Homans, G. (1950). *Social Behavior: It's elementary forms*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Hooker, K., Fraizer, L. D. y Monahan, D. J. (1994). *Personality and coping among caregivers of spouses with dementia*. The Gerontologist, 34, 386-392.
- Hooker, K., Monahan, D. J., Browman, S. R., Fraizer, L. D. y Shifren, K. (1998). *Personality counts for a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 53B, 73-85.
- Horowitz, A. (1985). *Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences*. The Gerontologist, 36, 612-617.
- Ingersoll-Dayton, B., Starrels, M. E. y Dowler, D. (1996). *Caregiving for parents and parents in law. Is gender important?*. The Gerontologist, 25, 612-617.
- Izal, M. y Montorio, I. (1994). *Evaluación del medio del cuidador y del demente*. En Del Ser, T. y Peña-Casanova, J. (Eds.) *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: J.Prous, 201-222.
- Izal, M. y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Izal, M. y Montorio, I. y Diaz-Veiga, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda*. Guía para familiares y cuidadores: IMSERSO.
- Kasper, J. D. y Shore, A. D. (1994). *Cognitive impairment and problem behaviors as risk factors and institutionalization*. The Journal of Applied Gerontology, 13, 371-385.
- Katz, I. R. (1998). *Diagnosis and treatment of depression in patients with Alzheimer's disease and other dementias*. Journal of Clinical Psychiatry, 59 (suppl.9), 38-44.
- Kennet, J., Burgio, L. y Schulz, R. (2000). *Interventions for in-home caregivers: A Review of research 1990 to present*. En R. Schulz (Ed.) *Handbook of dementia caregiving: Evidence-based interventions for family caregivers* (pp. 61-125). New York: Springer.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R., Speicher, C. E., Trask, O. J. y Glaser, R. (1991). *Spousal caregivers of dementia victims : Longitudinal changes in immunity and health*. Psychosomatic Medicine, 53, 345-362.
- Knight, B. G., Lutzky, S. M., y Macofsky-Urban, F. (1993). *Ameta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research*. The Gerontologist, 33, 240-248.
- Kopito, A. (1989). *The frustrations, gratification, and well-being of dementia caregivers*. The Gerontologist Society of America, 29 (2), 166-172.
- Kramer, B. J. y Kipnis, S. *Eldercare and work-role conflict: Toward an understanding of gender differences in caregiver burden*. The Gerontologist, 35, 340-358.
- Krause, N. (1986). *Social support, stress and well-being among older adults*. Journal of Gerontology, 41, 4, 512-519.
- Kukull, W. A., Larson, E. B. Reifler, B. V., Lampe, T. H., Terby, M. S., Hughes, J.P. (1990). *The validity of three clinical diagnostic criteria for Alzheimer's disease*. Neurology, 40, 1364-1369.

- Lawlor, B. A. (1995). *Behavioral complications in Alzheimer's disease: Clinical Practice* (Rep. No.31). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lawton M. P., Brody E. M. (1969). *Assesment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. The Gerontologist, 9, 9, 179-186.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M. Rovine, M. y Glicksman, A. (1989). *Measuring caregiving appraisal*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 44, 61-71.
- Lawton, M. P., Moss, M, Kleban, M. H. Glicksman, A. y Rovine, M. (1991). *A Two factor model of caregiving appraisal and psychological well-being*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 46, 181-189.
- Lazarsfeld, P. F. y Merton, R. K.(1954). *Friendship as a social process: A substantive and methodological analysis*. En: Morroe Berger, T. A. & C. H. Page (Eds.), *Freedom and control in modern society*. New York: Litton.
- Lazarus R., y Folkman, S. *Stress, appraisal and coping*. (1984). New York: Springer.
- Lazarus, L. W., Stafford, B., Cooper, K., Cohler, B. y Dysken, M. (1981). *A pilot study of an Alzheimer patients's relatives discussion group*. The Gerontologist, 21, 4, 353-358.
- Lea, M. y Duck, S. W. (1982). *A model for the role of similarity of values in friendship development*. British Journal of Social psychology, 21, 301-310.
- Lévesque, L. y Laurin, L. (1995). *A multidimensional Examination of the psychological and social well-being o caregivers of a demented relative*. Research on Aging, 17, 3, 332-360.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R., Youngren, M. A., & Zeiss, A. (1986). *Control Your Depression*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.
- Li, L. W., Seltzer, M. M. y Greenberg, J. S. (1999). *Change in depressive symptoms among daughter caregivers: An 18 – month longitudinal study*. Psychology and Aging, 14, 206-219.
- Lieberman, M. S. (1979). *Help seeking and self-help groups*. En M.A. Lieberman, L.D. Borman & Associates (Eds.). *Self-Help groups for coping with crisis*, San Francisco: Jossey-Bass, pp 116-149.
- Lin, N. M. Woelfel, M. W. y Light, S. C. (1986). *Buffering the impact of the most important life event*. En: N. Lin, A. Dean & W. Ensel (Eds.) *Social support, life events, and depression*. New York: Academic Press.
- Link, B.G., Mesagno, F.P., Lubner, M.E : y Dohrenwend, B. (1990). *Problems in measuring role strain and social functioning in relationto to psychological symptoms*. Journal of Health and Social Behavior, 31, 354-369.
- Lithwick, M and Beaulieu, 1999. *The Mistreatment of Older Adults: Perpetrator-Victim Relationships and Interventions*. Journal of Elder Abuse&Neglect, Vol. 11, N° 4, 95-112.
- Lutzsky, S. M. y Knight, B.G. (1994). *Explaining gender differences in caregiver distress : The roles of emotional attentiveness and coping styles*. Psychology and Aging, 9, 513-519.
- Lyons, W. (1982). *Coping with cognitive impairment: Some family dynamics and helping roles*. Journal of Gerontological Social Work, 4 (3/4), 3-20.
- Mace, N. L. (1986). *Families : The other side of Alzheimer's. Provider*, 12, 5, 22-25.
- Maddock, D., Klinier, C. y Islam, C. (1998). *Carer needs assessment trial*. Adelaida: Royal district nursing service south Australia.
- Magai, C., Hartung, R. y Cohen, C. I. (1995). *Caregiver distress and behavioral symptoms*. En: *Behavioral complications in Alzheimer's disease*. Lawlor B.A. Washington: American Psychiatric Press Inc.

Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). *Functional Evaluation: The Barthel Index*. Maryland State Medical Journal, 14, 61-65.

Majerovitz, S. D. (1995). *Role of family adaptability in the psychological adjustment of spouse caregivers to patient with dementia*. Psychology and Aging, 10, 446-457.

Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier N. y Burns, A. (2000). *Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease*. British Journal of Psychiatry, 176, 557-562.

Marsden, P. (1988). *Homogeneity in confiding relationships*. Social Networks, 10, 57-76.

McCallion, P. (1999). *Maintaining communication*. In M.P. Janicki, & A.J. Dalton, (Eds.), *Mental Retardation, Aging and Dementia: A Handbook*, (pp. 261-277).

McCubbin H. I. Olson, D. H., Larsen A. S. (2000). *Family crisis orientated personal evaluation scales [F COPES]* (1987, 1991). En: Corcoran K. & Fischer J. Measures for clinical practice: A sourcebook. 3rd Ed. (2vols.) NY, Free Pr. V.1, 294-297

McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R. y Russo, N. F. (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. Washington, DC: American psychological Association.

Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: Free press.

Miller, B y Montgomery, A. (1990). *Family caregivers and limitations in social activities*. Research on Aging, 12, 72-93.

Miller, B. y Cafasso, L. (1992). *Gender differences in caregiving: Fact or artifact?*. The Gerontologist, 32, 498-507.

Mittelman M.S., Roth D.L., Haley W.E., Zarit S.H. (2004). *Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomized trial*. Journal of Gerontology B Psychology Sciences Social Sciences Jan, 59(1), 27-34.

Mittelman, M.S., Ferris, S.H., Shulman, E., Steinberg, G., y Levin, B. (1996). *A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease: A randomized trial*. Journal of American Medical Association, 276, 1725-1731.

Montgomery, R. J. V. (1992). *Gender differences in patterns if child-parent caregiving relationships*. En J.W.Dwyer & R.T. Coward (Eds.) *Gender, families and elder care* (pp.65-83). Newbury Park, CA:Sage.

Montgomery, R. J. V. y Kamo, Y. (1989). *Parent care by sons and daughters*. En J.A. Mancini (Ed.), *Aging parents and adult children* (pp. 213-227). Lexington, MA: Lexington Books.

Montgomery, R. J. V., Gonyea J. G. y Hooyman, N.R. (1985). *Caregiving and the experience of subjective burden*. Family Relations, 34, 19-26.

Moon, A. And Benton, 2000. *Tolerance of Elder Abuse and Attitudes toward Third-Party Intervention Among African American, Korean American and White Elderly*. Journal of Multicultural Social Work, 8 (3/4), 283-303.

Moos, R. H., Cronkite, R. C. y Finney, J. W. (1984). *Health and daily living form manual*. Palo Alto. CA: Department of Veterans Affairs medical Center,.

Moritz, D. J. Stansilav, S. V y Berkman, L. F. (1989). *The impact of living with cognitively impaired spouse. Depressive symptoms and social functioning*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 44, 17-27.

Moritz, D. J., Kasl, S. V. y Ostfeld, A. M. (1992). *The health impact of living with cognitively impaired spouse*.

Journal of Aging and Health, 4, 244-267.

Moye, J., Robiner, W. N. y Mackenzie, T. B. (1993). *Depression in Alzheimer patients: Discrepancies between patient and caregiver reports*. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 7, 187-201.

Muela, J. A., Torres, C. J. y Peláez, E. M. (2002). *Inventario de situaciones potencialmente estresantes*. Anales de Psicología, 18, 2, 319-331.

Mui, A. C. (1995). *Caring for frail elderly parents: A comparison of adult sons and daughters*. The Gerontologist, 35, 86-93.

Muñoz-Cruzado, M. (1993). *Necesidades y riesgos de los cuidadores de ancianos dementes*. Geriátrika, 9, 407-410.

Neal, M. B., Ingersoll-Dayton, B. y Strrels, M. E. (1997). *Gender and relationship differences in caregiving aptterns ans consequences among employed caregivers*. The Gerontologist, 37, 804-816.

Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S. y Schulz, R. (1999). *Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers*. The Gerontologist, 39, 177-185.

Ory, M., Yee, J., Tennstad, S. y Schulz, R. (2000). *The extent and impact of dementia care: Unique challenges experienced by family caregivers*. En: Handbook of Dementia Caregiving: Evidence-Based Interventions for Family Caregivers, R. Schulz (Ed.) New York: Springer.

Ott, B. R. y Fogel, B. S. (1992). *Measurement of depression in dementia: Self vesrus clinician rating*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 7, 899-904.

Padierna, J. A. (1993). *Apoyo asistencial a los familiares de los enfermos de Alzheimer. La carga familiar*. Zerbitzuan, 22, 47-53.

Parks, S. H. y Pilisuk, M. (1991). *Caregiver burden: Gender and the psychological costs of caregiving*. American Journal of Orthopsychiatry, 61, 501-509.

Paveza, G., Cohen, D., Eisdorfer, C. (1992). *Severe family violence and Alzheimers´s disease: Prevalence and risk factors*. The Gerontologist, 32, 493-497.

Pearlin, L. I. (1994). *Conceptual strategies for the study of caregiver stress*. En: Light, E., Niederehe, G. & Lebowitz B.D (Eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer´s patients*. Nueva York: Springer.

Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978). *The strucuture of coping*. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.

Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G. y Mullan, J. T. (1981). *The stress process*. Journal of Health and social Behavior, 22, 337-356.

Pearlin, L. I., Mullan , J. T., Semple, S. y Skaff, M. (1990). *Caregiving ans the stress process: an overview of concepts and their measures*. The Gerontolist, 30, 583-594.

Pérez Trullén, J. M., Abanto, J. y Labarta, J. (1996). *El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia)*. Atención primaria, 18, 4, 82-98.

Poulshock, S. y Diemling, G. (1984). *Families caring for elders in residence: issues on mesurement of burden*. Journal of Gerontology, 39, 230-239.

Powers, D. V., Gallagher-Thompson, D. y Kraemer, H. C. (2002). *Coping and depression in Alzheimer´s caregivers: Longitudinal evidence of stability*. Journal of Gerontology, 57B, (3), 205-211.

Pratt, C., Schmall, V., Wright, S. y Cleland, M. (1985). *Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer´s patients*. Family Reations, 34, 27-33.

Pruchno, R. A. y Potashnik, S.L. (1989). *Caregiving spouses: Pshysical and mental health in perspective*. Journal of the American Geriatrics Society, 37, 697-705.

Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). *Aberrant behaviours and Alzheimer Disease: Mental health effects on spouse caregivers*. Journal of Gerontology, 44, S177-182.

Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). *Husbands and wives as caregivers: Antecedents of depression and burden*. The Gerontologist, 29, 19-65.

Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). *Mental health of caregivers spouses: Coping as mediator, moderator or main effect?*. Psychology and Aging, 4, (4), 454-463.

Pruchno, R. A., Kleban, M., Michaels, J. y Dempsey, N. (1990). *Mental and physical health of caregiving spouses: Development of a causal model*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 45, 192-199.

Quayhagen M, Quayhagen MP, Corbeil RR, Hendrix RC, Jackson JE, Snyder L, Bower D, *Coping with Dementia: Evaluation of Four Nonpharmacologic Interventions*, International Psychogeriatrics. 2000; 12(2): 249-265.

Quayhagen, M. P. y Quayhagen, M. (1988). *Alzheimer´s stress: Coping with caregiver role*. The Gerontologist, 28, 391-396.

Radloff, L. S. (1977). *The CES-D Scale: A self – report depression scale for research in the general population*. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401

Rankin, E. D., Haut, M.W. y Keefover, R. W. (1992). *Clinical Assessment of Family Caregivers in Dementia*. The Gerontologist, 32,(6), 813-821.

Redinbaugh, E. M., MacCallum, R. C y Kiecolt-Glaser, J. K. (1995). *Recurrent syndromal depression in caregivers*. Psychology and Aging, 10, 658-368.

Reifler, B. V. Y Wu, S. (1982). *Managing families of demented elderly*. Journal of Family Practice, 14, 6, 1051-1056.

Reig, A., Ribera, D. y Miquel, J. (1991). *Psychosocial support groups and daily stress in noninstitutionalized elderly*. Psychological Assessment, 7, 191-200

Rose-Rego, S.K., Strauss, M.E. y Smyth, K.A. (1998). *Differences in the percieved well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer´s disease*. The Gerontologist, 38, 224-230.

Roth, D. L., Haley, W. E., Owen J. E., Clay, J. y Goode, K. T. (2001). *Latent Growth Models of the Longitudinal Effects of dementia caregiving. A comparison of African American and white family caregivers*. Psychology and Aging, 16,(3), 427-436.

Salgado A. y Alarcón, M. T. (1993). *Importancia de la valoración geriátrica, valoración médica, funcional y del estado mental en el anciano*. En: A. Salgado, & M.T. Alarcón *Valoración del paciente anciano*. (Ed.), Masson S.A. Barcelona, 2-99.

Schultz, R. y Williamson, G. M. (1991). *A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer´s caregivers*. Psychology and Aging, 6, 569-579.

Schulz, O'Braien, A.T. Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). *Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence correlates and causes*. The Gerontologist, 35, 771-791.

Schulz, R., Visintainer, P., y Williamson, G. M. (1990). *Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving*. Journal of Gerontology: Psychological Studies, 45, 181-191.

Scott, J. P., Roberto, K. A. y Hutton, J. T. (1986). *Families of Alzheimer's victims. Family support to the caregivers*. Journal of the American Geriatrics Society, 34, 5, 348-354.

Seltzer, M. M. y Li L. W. (2000). *The dynamics of caregiving: Transition during a three-year prospective study*. The Gerontological Society of America, 40,(2),165-178.

Shibbal-Champagne, S. y Lipinska-Stachow, D. M. (1986). *Alzheimer's educational/support group: Considerations for succes-awareness of family tasks, pre-planning, and active professional facilitation*. Journal of Gerontological Social Work, 9, 2, 41-48.

Simank, M. H. y Strickland, K. J. (1986). *Assisting families in coping with alzheimer's disease and other related dementias with the stablishment of mutual support group*. Journal of Gerontological Social Work, 9, 2, 49-58.

Singer, E. (1981). *Reference groups and social evaluations*. En: M. Rosemberg & R. Turner (Eds.), *Social Psychology: Sociological Perspectives*. New York: Basic Books.

Skaff, MM, Pearlin, LI, & Mullan, JT (1996) *Transitions in the Caregiving Career: Effects on Sense of Mastery* Psychology and Aging , 11, 2, 247-257.

Solano, N., Cardenas, V., Day, y Gallagher-Thompson, D. (2002). *Reduciendo su tensión y mejorando su calidad de vida: una clase para cuidadores (manual)*. Palo Alto, CA: Department of Veterans Affairs Medical Center and Stanford University School of Medicine.

Sthepens, M. A. y Zarit, S. H. (1989). *Symposium : Family caregiving to dependent older adults: Stress, appraisal, and coping*. Psychology and Aging, 4, 387-388.

Stoller, E. P. (1990). *Males as helpers: The role of sons, relatives and friends*. The Gerontologist, 30, 228-235.

Stuckey, J. C., Neundorfer, M. M. y Smyth, K. A. (1996). *Burden and well-being: The same coin or related currency?*. The Gerontologist, 36, 686-693.

Suitor, J. J. (1987). *Friendship networks in transition: Married mothers return to school*. Journal of Social and Personal Relationships, 4, 445-461.

Suitor, J. J. y Pillemer, K. (1993). *Support and interpersonal stress in the social networks of married daughters caring for parents with dementia*. Journal of Gerontology, 48,1, 1-8.

Suitor, J. J. y Pillemer, K. (1994). *Family caregiving and marital satisfaction: Findings from one-year panel study of women caring for patients with dementia*. Journal of Marriage and the Family, 56, 681-690.

Talkington-Boyer, S. y Snyder, D. K. (1994). *Assessing impact on family caregiver to Alzheimer's disease patients*. American Journal of Family Therapy, 22, 57-66.

Tennstedt, S.L., Crwford, S. Y McKinlay, J.B. (1993). *Determining the pattern of community care: Is coresidence more important than caregiver relationship?*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 48, 74-83.

Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J. (1997). *Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled trial*. Journal of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences, 52B, 159-166.

Thompson, C. y Spilsbury, K. *Support for carers of people with Alzheimer's type dementia (Cochrane review)*. Family and Professional cares: Findings lead to action, 115-119.

Toseland, R. W. y Rossiter, C. (1989), *Group intervention to support caregivers: A review and analysis*. The Gerontologist, 29, 438-448.

- Townsend, A., Noelker, L., Deimling, G. y Bass, D. (1989). *Longitudinal impact of interhousehold caregivers on adult children's mental health*. Psychology and Aging, 4, 393-401.
- Vinton, 1998. *A Nationwide Survey of Domestic Violence Shelters' Programming for Older Women*. Violence Against Women, Vol.4, N° 5, 559-571.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. y Becker, J. D. (1985). *The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties*. Multivariate Behavioral Research, 20, 3-26.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Heather M., Teri., L. y Maiuro, D. (1991). *Predictors of Burden in Spouse Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease*. Psychology and Aging, 6, 3, 392-402.
- Vladescu, et al 1999. *An Evaluation of a Client-Centered Case Management Program for Elder Abuse*. Journal of Elder Abuse&Neglect, Vol. 11. N° 4, 5-22.
- Walker, A. J., Acock, A. C., Bowman, S. R. y Li, F. (1996). *Amount of care given and caregiving satisfaction: A latent growth curve analysis*. Journal of Gerontology, 51, 130-142.
- Ward, R. A. (1985). *Informal networks and well-being in later life: a research agenda*. The Gerontologist, 25, 1, 55-61.
- Weiner, B., Graham, S. y Chandler, C. (1982). *Pity, anger, and guilt: an attributional analysis*. Personality and social Psychology Bulletin, 8, 226-232.
- Weiner, B., Perry, R.P. y Magnusson, J. (1988). *An attributional analysis of reactions to stigmas*. Journal of Personality and Social Psychology, 55, 738-748.
- Wellman, B. y Wortley, S. (1990). *Different strokes from different strokes: Community ties and social support*. American Journal of Sociology, 96, 558-588.
- Williamson, G. M y Schulz, R. (1990). *Relationship orientation quality of prior relationship and distress among Alzheimer's patients*. Psychology and Aging, 5, 502-509.
- Williamson, G. M. y Schulz, R. (1993). *Coping with specific stressors in Alzheimer's Disease caregiving*. The Gerontologist, 33, 747-755.
- Wolf, 1999. *Elder Shelters: U.S., Canada, and Japan. (Available from the National Center on Elder Abuse, (202) 898-2586)*.
- Wolf, R. and Pillemer, 1997. *The Older Battered Women: Wives and Mothers Compared*. Journal of Mental Health and Aging. Vol.3, N° 3, 325-336.
- Wragg, R. y Jeste, D. (1989). *Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease*. American Journal of Psychiatry, 146, 557-587.
- Yates, Mary Ellen, Sharon Tennstedt, and Bei-Hung Chang. 1999. *Contributors to and Mediators of Psychological Well-Being for Informal Caregivers*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences 54B:P12-P22.
- Yee, J. L. y Schulz, R. (2000). *Gender Differences in Psychiatric Morbidity among Family Caregivers: A Review and Analysis*. The Gerontologist, 40, 2,147-164.
- Young, M. y Willmott, P. (1957). *Family and kinship in East London*. Baltimore, MD: Penguin.
- Young, R. F. y Kahana, E. (1989). *Specifying caregiver outcomes: Gender and relationship aspects of caregiving strain*. The Gerontologist, 29, 660-666.

Zarit, S. H. , Anthony, C. R. y Boutsellis, M. (1987). *Interventions with caregivers of dementia patients. Comparison of two approaches*. Psychology and Aging, 2, 3, 225-232.

Zarit, S. H. y Zarit, J. M. (1980). *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden*. The Gerontologist, 20, 649-654.

Zarit, S.H., Reever, K. y Bach-Patterson, J. (1980). *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden*. The Gerontologist, 20, 649-655.

Zarit, S.H., Todd P.A., Zarit J.M. (1986). *Subjective burden of husbands and wives as caregivers. A longitudinal study*. The Gerontologist, 26, 260-266.



LA RESPONSABILIDAD PENAL DEL MALTRATADOR



● VIRGINIA MAYORDOMO
Profesora de Derecho penal
Secretaria Académica del IVAC/KREI
Donostia-San Sebastián

La intervención penal como instrumento de contención, que no de solución

Está fuera de toda duda que la solución no reside en abordar esta problemática desde el punto de vista penal. El Derecho Penal no deja de ser un mal, una HERRAMIENTA AGRESIVA, pero sin embargo, resulta necesario, imprescindible cuando quedan afectados, de manera grave, bienes o intereses necesarios para el normal desarrollo de la vida de la persona.

Está claro que el Derecho Penal no puede imponer el afecto, el cariño, una presencia solícita, una asistencia ilusionada. Pero sí puede obligar a que no se deje enfermar a una persona por falta de cuidados, de asistencia, a que no se le humille, coaccione, amenace, a que no se abuse sexualmente de ella, a que no se le prive de sus bienes, a que no se le deje morir.

El Derecho Penal cumple una función DISUASORIA a través de la amenaza de la pena y también una función SANCIONADORA cuando se ha realizado algún tipo de conducta prohibida.

El gran problema de la intervención penal en este campo reside en gran parte en que el daño se produce en muchos casos a VÍCTIMAS SILENCIOSAS como es el caso de los ancianos. Su dependencia física y afectiva respecto del causante del daño dificulta cuando no impide que el conocimiento de tales hechos aflore, sea conocido. Normalmente, el hecho es denunciado por otras personas (vecinos, conocidos, asistentes sociales, servicios médicos). Además, a la hora de medir el daño

causado tanto físico como psíquico desde el punto de vista clínico, la valoración se complica al existir otro tipo de patologías. Existen problemas en la atribución de signos, de indicios, de síntomas.

Diversos ámbitos del maltrato dependiendo de las características del sujeto activo

En la fenomenología de los malos tratos hacia las personas mayores y desde la óptica del ordenamiento jurídico penal, podemos distinguir tres situaciones dependiendo de las características de los sujetos activos:

1. MALTRATO POR PARTE DE LOS HIJOS HACIA LOS PADRES

Aunque las descripciones clásicas hacen hincapié en el abuso de los hijos hacia padres de edad avanzada y/o con minusvalías físicas o psíquicas, hay numerosas situaciones, definidas fundamentalmente por los hábitos toxicománicos, en las que un hijo mantiene no sólo una situación de conflicto familiar constante, sino que emergen agresiones físicas de forma más o menos ocasional, junto a la presión, el chantaje o la amenaza.

En el año 95, Javier Urra Portillo -en aquel momento Psicólogo de los Juzgados de Menores de Madrid y posteriormente Defensor del Menor-, abordó esta cuestión¹. Desde formas sutiles de abuso, como pueden ser las restricciones de tipo económico, hasta la agresión directa o la administración de tóxicos hay múltiples posibilidades. La dependencia afectiva de las víctimas será tanto mayor cuanto menor sea su capacidad real de autonomía personal.

A principios de los años 90, en los Juzgados y Fiscalía de Menores ya se constataba un preocupante aumento de las denuncias a menores por malos tratos físicos a las figuras parentales (casi exclusivamente a la madre). Dichas inculpaciones eran presentadas por vecinos, se daban a conocer a través de partes médicos de los hospitales y puntualmente por la víctima, que cuando lo hacía estaba totalmente desbordada y derrotada, viviendo con la sensación de haber fracasado como padre y con un gran dolor por denunciar a su hijo, sabiendo que la Justicia puede doblregar esa conducta, pero difícilmente equilibrarla.

¹ Vid. Urra Portillo, J., *Menores, una transformación de la realidad*. Ley Orgánica 4/1992, Madrid, 1995, pp. 266-270.

A juicio de URRÁ PORTILLO, resulta inviable apuntar una estadística cuantificadora fiable, dada la amplia cifra de conductas de este tipo no denunciadas, y debido a que sólo se interviene judicialmente en aquellas en que hay constancia de secuelas físicas de agresión.

Respecto al perfil, se trata de un menor varón, de menos de 20 años. Adolecen hasta del intento de comprender qué piensa y qué siente su interlocutor “domado”. Poseen escasa capacidad de introspección y autodominio. Los tipos se diferencian en:

- Hedonistas-nihilistas. Es el más amplio en número. Su principio es “primero yo y luego yo”, hacen lo que quieren.
- Patológicos, bien sea por una relación amor-odio madre-hijo, con equívocos, más allá de los celos edípicos, en algún caso con relaciones incestuosas. Otro determinante es la dependencia de la droga, que impele al menor a robar en casa.
- Violencia aprendida como aprendizaje vicario desde la observación, ya sea porque el padre (por ejemplo, alcohólico) también pega a la madre; o como efecto de haber sufrido con anterioridad el maltrato en su propio cuerpo.

Todos los tipos tienen nexos de confluencia, tales como los desajustes familiares, la desaparición del padre varón (o bien no es conocido, o está separado y despreocupado, o sufre algún tipo de dependencia o simplemente no es informado por la madre para evitar el conflicto padre-hijo, si bien la realidad es que prefiere no enterarse de lo que pasa en casa en su ausencia). No se aprecian diferencias por niveles socio-económico-culturales. Los motivos que provocan la erupción violenta son nimios. En la casi totalidad de los casos no niegan su participación; es más, la relatan con tanta frialdad y con tal realismo que impresiona.

2. MALTRATO POR PARTE DE LA PAREJA

Normalmente se da por parte del varón. Tampoco en este caso tiene la víctima por qué ser especialmente vulnerable. En varias de los hechos acaecidos en estos últimos meses, en algún caso la víctima-mujer sí estaba impedida pero en los restantes no presentaba unas características físicas ni mentales que denotaran una especial desproporción de fuerzas con respecto al agresor².

² Vid. Luna Maldonado, A.; Osuna Carrillo de Albornoz, E., “Aspectos clínicos de la violencia en el medio familiar”, en *Psiquiatría Legal y Forense*, vol. II, Madrid, 1994, p. 1.005; Carmona Salgado, C., “Problemática actual de la violación entre cónyuges y parejas de hecho”, *El nuevo Código Penal: presupuestos y fundamentos* (Libro homenaje al Profesor Doctor Ángel Torío López), Granada, 1999, pp. 665 ss.

3. MALTRATO POR PARTE DE LA PERSONA QUE ESTÁ A CARGO DE LA PERSONA MAYOR DE AVANZADA EDAD Y/O IMPEDIDA PARA CUIDARSE POR SÍ MISMA.

Sujeto activo puede serlo una persona allegada o un cuidador. En este supuesto, la víctima sí está en una situación de especial vulnerabilidad por razón de su edad, deficiencia, estado o enfermedad.

Los supuestos de los malos tratos hacia los ancianos son diversos, abarcando desde la violencia psíquica hasta la agresión directa, incluyendo patrones de ausencia de cuidados, administración de fármacos, etc.

Su diagnóstico suele ser especialmente difícil dada la vulnerabilidad y dependencia afectiva de estas personas, sometidos a una marginación progresiva donde suele incidir una amplia gama de patologías difíciles de precisar. El diagnóstico clínico exige una especial atención por parte del personal sanitario, sobre el que recae, en la mayor parte de los casos, la responsabilidad de su detección, ya que con mucha frecuencia, son desviados al medio hospitalario para el, tratamiento de complicaciones intercurrentes relacionadas directa o indirectamente, con la agresión ocasional o persistente.

La omisión de cuidados suele ser la conducta más frecuente y asimismo, de más difícil detección. El papel del personal sanitario y del trabajador social cobra una especial dimensión en estos casos. El internamiento de estas personas en instituciones de tipo asilar es un modelo de conducta donde, bajo una causa de justificación, se puede encubrir un abandono efectivo de la persona de edad avanzada³.

Conductas delictivas más frecuentes contra las personas mayores

- Dejar de prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de avanzada edad o discapacitada que se encuentra desvalida y dependa de sus cuidados (art. 619 CP): multa de 10 a 20 días.
- No socorrer a una persona que se encuentra desamparada y en peligro manifiesto y grave (art. 195 CP): multa de 3 a 12 meses.
- Dejar de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento

³ Vid. sobre esta cuestión, Mayordomo Rodrigo, V., *Aspectos criminológicos, victimológicos y jurídicos de los malos tratos en el ámbito familiar*, Bilbao, 2003, pp. 4 y 99-102.

de descendientes, ascendientes o cónyuge que se hallen necesitados o a los sometidos a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento (arts. 226 CP): prisión de 3 a 6 meses o multa.

- Abandonar a un menor o un incapaz por quien está encargado de su guarda (art. 229.1 CP) prisión de 1 a 2 años. Por sus padres o tutores (art. 229.2 CP): prisión de 18 meses a 3 años.
- Infligir a otro un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral (art. 173.1 CP): prisión de 6 meses a 2 años.
- Causar a otro, por cualquier medio o procedimiento, una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental (art. 147 CP): puede llegar a imponerse la pena de prisión de 6 meses a 3 años.
- Ejercer habitualmente violencia física o psíquica sobre determinadas personas pertenecientes al ámbito familiar o que debido a su especial vulnerabilidad se encuentran sometidos a custodia o guarda en centros públicos o privados (art. 173.2 CP): prisión de 6 meses a 3 años.
- Matar a otro (art. 138 CP): prisión de 10 a 15 años.
- Matar a otro con alevosía, ensañamiento o mediante precio (arts. 139 y 140): prisión de entre 15 y 25 años.

Además de las agresiones sexuales, amenazas, coacciones y abusos patrimoniales (estos tres últimos más difíciles de probar)

Especial referencia al llamado “delito de malos tratos en el ámbito familiar”

En el año 1989 se reforma el Código Penal y se contempla por primera vez el delito de violencia física habitual en el ámbito familiar (art. 425). No se exige un resultado de lesión, un daño físico comprobable, se castiga esa conducta. Como señala la Exposición de Motivos de esta Ley Orgánica 3/1989 se hace “respondiendo a la deficiente protección de los miembros físicamente más débiles del grupo familiar frente a conductas sistemáticamente agresivas de otros miembros del mismo”. Pero, inexplicablemente se deja fuera del ámbito de protección de este precepto a los ascendientes.

El nuevo Código Penal de 1995 sigue tipificando esta conducta (art. 153) pero incluye ya a los ascendientes dentro del círculo de sujetos protegidos. Sin embargo aún no contempla el precepto el ejercicio de violencia psíquica habitual. Ya en el año 1990, la Circular 2/1990 de la Fiscalía General del Estado criticó esta incom-

previsible laguna.

Será a través de la reforma del Código, de junio de 1999 cuando se regule por primera vez el ejercicio de violencia psíquica habitual en el ámbito familiar⁴.

La Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros da una nueva redacción al art. 153, que queda como sigue:

“El que por cualquier medio o procedimiento, causara a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpear a o maltratara de obra a otro sin causarle lesión, o amenazara a otro de modo leve con armas y otros instrumentos peligrosos, cuando en todos estos casos el ofendido fuera alguna de las personas a las que se refiere el artículo 173.2, será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 80 días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de uno a tres años, así como, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de seis meses a tres años.

Se impondrán las penas en su mitad superior cuando el delito se perpetre en presencia de menores, o utilizando armas, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza.

A partir de esta Ley desaparecen las faltas de malos tratos y pasa a considerarse delito, en el art. 153 CP, cualquier actuación en la que el sujeto pasivo pertenezca al círculo de personas enumeradas en el art. 173.2⁵.

Además, se modifica el art. 173, añadiéndose dos párrafos:

2. El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cón-

⁴ Vid. estas modificaciones legales en Mayordomo Rodrigo, V., op. cit. pp. 43-46.

⁵ Vid. acerca de esta cuestión, Magro Servet, V., “El Auto del TC 233/2004, de 7 de junio, y la constitucionalidad del art. 153 del código Penal y la Ley 11/2003, de 29 de septiembre”, *La Ley*, nº 6088, 2004, pp. 1-7.

yuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de dos a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.

Se impondrán las penas en su mitad superior cuando el delito se perpetre en presencia de menores, o utilizando armas, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad o prohibición de la misma naturaleza.

3. Para apreciar la habitualidad a que se refiere el apartado anterior, se atenderá al número de actos de violencia que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas de las comprendidas en este artículo, y de que los actos violentos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores.”

¿Hacia un protección integral específica en razón del sexo?

1. LA LLAMADA “DISCRIMINACIÓN POSITIVA”⁶

Tras diversas modificaciones, la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género se aprobó por unanimidad, siendo publicada en el BOE el 29 de diciembre.

Un total de 180 jueces, fiscales, catedráticos y profesores expertos en Derecho

⁶ Vid. Boldova Pasmarr, M.A.; Rueda Martín, M.A., *La discriminación positiva de la mujer en el ámbito penal*, *La Ley*, nº 6146, 2004, pp. 1-5.

Penal integrados en el llamado “Grupo de Política Criminal” hicieron público un manifiesto contrario al texto. Sostienen que la “discriminación positiva” no encuentra fácil acomodo dentro de los fines propios del Derecho Penal. Por ello, distinguen entre la “improcedente” discriminación positiva en este ámbito y “que se considere a ciertos sujetos más vulnerables a sufrir una lesión de determinados intereses”. En este caso, la ley penal debe dejar claro que la protección reforzada a la mujer se debe a la mayor vulnerabilidad de esas personas y no al mero hecho de pertenecer a un determinado género.

Crítica este colectivo que la nueva Ley pueda transformar en delito actuales faltas de coacciones y amenazas leves cuando son cometidas por hombres y la víctima es una mujer ¿y cuando se trata de un hombre contra su pareja homosexual?. La portavoz del grupo parlamentario de IU-ICV señaló que un gay o una lesbiana tiene que tener el mismo nivel de protección legal que una mujer, y criticó que el proyecto otorgue una protección distinta para las mujeres⁷. Ello significa una criminalización disfuncional de todo el espacio familiar. Se banaliza el fenómeno social que se trata de combatir y descuida las aportaciones que respecto a los comportamientos leves pueden suministrar otro tipo de intervenciones sociales no penales, como la mediación familiar o la atención psicológica.

En cuanto al ámbito de protección, quedan excluidos del texto los hombres, los menores y los ancianos mientras no sean “especialmente vulnerables”. No se encuentra una explicación razonable, al margen del dato estadístico, para orientar la tutela penal y judicial exclusivamente a la mujer, que justifique determinadas medidas de acuerdo con la teoría de la discriminación positiva. La Exposición de Motivos del texto señala, parafraseando el artículo 9.2 de la Constitución, que los poderes públicos “tienen la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos dichos derechos (libertad, igualdad, no discriminación), removiendo los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud”. Se opta por la expresión “acción positiva más que por la de “discriminación” positiva, expresión ésta no empleada en la jurisprudencia europea ni constitucional.

Las acciones positivas son una exigencia del derecho a la igualdad de trato y se caracterizarían por ser ventajas concedidas a las mujeres que no deben implicar perjuicios para los hombres, ni constituyen excepción de la igualdad, sino su expresión.

⁷ Vid. *El País*, 26 de junio de 2004, p. 28; ABC, 29 de junio de 2004, p. 19.

¿Qué es la discriminación positiva? Se alude con esta expresión a las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de grupos desfavorecidos. A través de determinadas medidas, los poderes públicos procuran elevar la situación de aquellos que están en situaciones de desventaja; se adoptan así iniciativas para eliminar el racismo, el sexismo y la discriminación contra las personas mayores o discapacitados. Fué y es un importante paso en la lucha por la igualdad en el disfrute de los derechos ciudadanos, pero no debe convertirse en un principio duradero. Puede ser ilegítima si tiene como contrapartida ineludible el perjuicio hacia quienes pertenecen a otro grupo. Debe aplicarse con precaución y siempre de forma restrictiva.

Las medidas de acción positiva son improcedentes cuando en el ámbito de que se trate no existe esa situación de desequilibrio previo y, además, no haya escasez en lo bienes. La tutela judicial no es un bien escaso que no permita su reparto y atribución a todos cuantos lo precisen, es decir, la tutela judicial es un bien que no exige que se excluya de su ámbito a ningún grupo humano para dar debida satisfacción a otro grupo más desfavorecido. Existe posibilidad de tutela judicial para todos sin tener que excluir, postergar, eliminar ni discriminar a nadie⁸.

Tampoco cabe decir que el bien escaso sea la celeridad o prontitud en la dispensa de una tutela judicial que debe darse sin dilaciones indebidas. No se entiende qué gana la tutela judicial a favor de las mujeres por el hecho de excluirse a los varones de la competencia de los nuevos órganos judiciales.

Ha de tenerse en cuenta que la discriminación radica en excluir a los varones del nuevo mecanismo judicial. De modo que en la Ley, la llamada acción positiva no es siquiera un caso de discriminación positiva, sino más bien una discriminación negativa.

Dice el art. 1 de la Ley 1/2004:

“1. La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”.

⁸ Vid. Mayordomo Rodrigo, *La violencia contra la mujer: Un estudio de Derecho Comparado*, Madrid, 2005, pp. 180-182.

Conforme a esta redacción, la aplicación de toda la Ley se basa no en la apreciación de datos objetivos y externos sino en la intencionalidad del agresor. Y en el caso de que la mujer sea agredida con otra finalidad (venganza, celos, odios, arrebatos, etc.) no se aplicará la Ley ni sus consecuencias⁹.

2. AGRAVACIÓN DEL DELITO DE LESIONES

La Ley 1/2004 introduce un nuevo supuesto de agravación en el art. 148 del Código Penal cuando en el delito de lesiones la víctima “fuere o hubiere sido esposa, o mujer que estuviere o hubiere estado ligada al autor por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia”. También “si la víctima fuera una persona especialmente vulnerable que conviva con el autor”.

En su anterior redacción, el art. 148 se aplicaba la agravación “si la víctima fuere menor de doce años o incapaz”, presumiéndose *ex lege* en la mayor vulnerabilidad de estas personas y las circunstancias de indefensión en que se encuentran por las condiciones de edad e incapacidad.

La Ley presume también *ex lege* que la mujer se encuentra en todo caso de lesión en situación de inferioridad. De modo que la agravante genérica de abuso de superioridad¹⁰ se presume que concurre siempre que la víctima es la esposa o ex esposa del agresor, sin perjuicio de aplicar en su caso la circunstancia mixta de parentesco que en caso de ataque a bienes personales opera como agravante.

Si la especial vulnerabilidad o indefensión se debiera a una situación de violencia precedente, el injusto global es valorado a través del delito contra la integridad moral del art. 173.2 que no impide la sanción en concurso de delitos con a lesión que se pueda haber realizado. Esta modificación presupone legalmente la inferioridad de la mujer, lo cual es inaceptable. Si se fundamentara en una situación real de dominación, entonces, bien por la vía del art. 173.2 o por las circunstancias genéricas de discriminación por razón del sexo y la mixta de parentesco, puede ser com-

⁹ Op. cit., pp. 180-182.

¹⁰ Esta circunstancia agravante, contenida en el art. 22.2 CP debería aplicarse cuando se produce un desequilibrio de fuerzas entre agresor y agredido, de forma que se encuentren limitadas de forma notable las posibilidades de defensa del ofendido; desequilibrio que debe de ser aprovechado por el autor para la realización del delito. Esta mayor reprochabilidad no depende del sexo del sujeto activo y pasivo sino de un hecho objetivo de dominación. Vid. Consejo General del Poder Judicial, “Informe al Anteproyecto de Ley Integral de Medidas contra la Violencia ejercida sobre la Mujer”, 2004, p. 46.

pensado suficientemente mediante la pena el injusto realizado por el autor¹¹.

En los aspectos preventivos y asistenciales sí se entiende la llamada “discriminación positiva”, no en cambio en lo que se refiere a la respuesta penal. No se puede hacer depender la mayor punición de la conducta en el sexo del autor, sino que la protección debe pivotar en torno a las características de la víctima que la sitúen en una situación de mayor indefensión.

3. AGRAVACIÓN DE LAS AMENAZAS Y COACCIONES LEVES SOBRE LA MUJER

La Ley añade dos nuevos apartados al art. 171 CP -delito de amenazas-, y un apartado segundo al art. 172 -delito de coacciones- y se mantiene como tipo general para describir la conducta de violencia doméstica habitual el art. 173.2, precepto que no hace ninguna discriminación por razón de sexo.

De esta manera y en cuanto a las amenazas tenemos que:

- Si son leves y contra las mujeres, de falta pasa a delito en el art. 171.4. Lo mismo ocurre cuando se infieren a persona especialmente vulnerable.
- Si son leves y contra otra de las personas del art. 173.2, es falta a tenor del art. 620, segundo párrafo.
- Si la amenaza es con arma u objeto peligroso y se refiere a personas del art. 173.2 -luego también a mujeres- es delito del art. 171.5°.

En cuanto a las coacciones:

- Si es leve y contra las mujeres o persona especialmente vulnerable, deja de ser falta del art. 620.1.1° para ser delito del art. 172.2.
- Si es a otra persona del art. 173.2, es falta del art. 620.1.2°.

Es decir, ante el mismo comportamiento objetivo -amenaza o coacción leve- el varón comete un delito mientras que la mujer una simple falta. Esto conduce a otras disfunciones valorativas pues se sanciona, por ejemplo, con una pena más grave la amenaza leve si el sujeto pasivo es mujer o ex mujer que si la amenaza va dirigida

¹¹ Vid. Mayordomo Rodrigo, V., *Violencia contra la mujer...*, op. cit., pp. 165-166. Comenta también esta Ley, entre otros, de la Cuesta Arzamendi, J.L., “De la política penal hacia una política victimológica (¿y criminal?): el caso de la violencia doméstica”, *Estudios de Victimología. Actas del I Congreso español de Victimología*, 2005, pp. 225-241.

a personas mencionadas en el art. 173.2 (por ejemplo, menores) aun cuando en este caso se hayan empleado armas u otros instrumentos peligrosos.

La Ley convierte delitos comunes en delitos especiales por razón de la cualidad sexual del sujeto activo, lo que supone una frontal vulneración del principio de igualdad del art.14 de la Constitución y una nueva concepción de un Derecho penal de autor¹².

4. AGRAVACIÓN DEL MALTRATO NO HABITUAL CONTRA LA MUJER

La Ley Orgánica 11/2003 había dado nueva redacción al art. 153 CP, pero el legislador considera oportuna una nueva modificación. Desaparece la referencia a las amenazas leves con armas u otros instrumentos peligrosos. Conforme al primer párrafo, sujeto pasivo será la mujer o persona especialmente vulnerable, y la pena será mayor que si el hecho se lleva a cabo contra el resto de las personas que forman parte del núcleo familiar o doméstico –supuesto éste que contempla el párrafo segundo-.

¹² Consejo General del Poder Judicial, “Informe al Anteproyecto...”, pp. 44 y 47.

EL MAYOR COMO VÍCTIMA.
¿FIN DE UN TABÚ?

● ROBERT CARIO

Catedrático

Centre de Sciences Criminelles

Facultad de Derecho

Universidad de Pau y de los Países l'Adour

PAU (Francia)

Introducción

Es ya algo habitual afirmar que las víctimas, en sentido amplio, son las eternas olvidadas del sistema de justicia penal. Por la actitud inhumana que la sociedad reserva a las personas más vulnerables, los mayores víctimas ven, por lo demás, cómo los sufrimientos que soportan son totalmente negados por la sociedad. Raras son, en efecto, las respuestas jurídicas dadas a las infracciones de las que son víctimas; y qué decir de los actos de negligencia, mucho más numerosos, que no entran siquiera en el territorio de lo penal¹. Este fenómeno social, largo tiempo considerado tabú, es por fin objeto de debate en torno a la noción de malos tratos, cuya definición es extremadamente variable, cuando no arbitraria, en la medida en que no distingue, a la postre, a los autores de auténtica violencia criminal, excesivamente “englobados” entre los malos tratos en un sentido indulgente del término.

La insuficiencia de las definiciones connotativas o estructurales de estos actos ha sido señalada por un estudio canadiense (titulado “Instrumento de estudio del mal-

¹ El presente libro constituye una prolongación de las reflexiones nacidas como consecuencia del XXXVII Congreso del INAVEM (Instituto Nacional de Ayuda a las Víctimas y de Mediación), celebrado en Pau en junio 2001 y de la 5ª Jornada de Estudios de ALMA – Francia (Burdeos, mayo 2003), en parte ya objeto de publicación (V. not. Rev. Sciences Criminelles, 2002, págs. 81-94; Petites Affiches, 2003, pendiente de aparición).

trato a las personas mayores”) que defiende una definición descriptiva que comprende sesenta y un elementos atribuidos de manera fiable a nueve categorías². La preocupación por simplificar puede llevar a definir esta victimización como característica de acciones o de omisiones, provenientes de una persona de confianza, tendentes a provocar lesiones físicas, traumatismos psíquicos o psicológicos, perjuicios materiales y/o sociales graves. Esta definición incluye los hechos revelados o no, voluntarios o involuntarios, realizados por cuidadores naturales (generalmente familiares o cercanos) o profesionales con competencias diversas (en particular, servicios de cuidados, servicios sociales, instituciones judiciales y auxiliares de justicia).

Más recientemente, con ocasión de la publicación de un Informe Mundial sobre la violencia y la salud, fuertemente dominado por los trabajos anglosajones en la materia, la Organización Mundial de la Salud hizo suya la definición aportada por la Red Internacional para la prevención de los malos tratos contra las personas mayores: “Se entiende por maltrato a las personas mayores todo acto aislado o repetido, o la ausencia de intervención apropiada, que se produce en una relación de confianza y causa perjuicio o angustia a la persona mayor”³.

Estas victimizaciones afectan a los mayores, es decir, a las personas de más de 60 años. Este concepto parece el más neutral, dentro del abundante léxico existente: viejo, mayor, senior, veterano, retirado, jubilado, persona de la tercera edad, tercera edad, incluso cuarta... El concepto de vejez, por su carácter principalmente genérico, se encuentra muy ligado a la Historia, las culturas y las ideologías dominantes en el momento de su calificación. La vejez no puede, en todo caso, asimilarse enteramente a la jubilación (calificada en ocasiones de muerte social) o a la demencia senil (calificada incluso como muerte psíquica). La prolongación considerable de la vida del ser humano (75,5 años para el hombre; 83 para la mujer) impide estas asimilaciones. El hecho de no participar ya en las actividades de producción o de sufrir patologías diversas no quita para nada a los interesados la cualidad de persona humana, todavía viva⁴, dotada ciertamente de un pasado, pero también de un pre-

² V. M.J. Stones, *Portée et définition des mauvais traitements et de la négligence à l'endroit des personnes âgées*, In M.J. MacLean (Dir.) *Mauvais traitements auprès des personnes âgées: stratégies de changement*, Pub. Association canadienne de gérontologie, Ed. Saint Martin, Montreal, 1995, págs 151-157.

³ V. E.G. Krug and al. (Dir.), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, 2002, pub. O.M.S., 376 págs., especialmente págs 139-162; www.inpea.net.

⁴ V. La victimisation des aînés? s. *Négligences et maltraitances à l'égard des personnes âgées*, Actas del XVII Congreso del INAVEM (Pau), Ed. L'Harmattan, Col. Sciences Criminelles, 2003, 281 págs.

sente y sobre todo de un futuro. La vejez no puede seguir siendo considerada una enfermedad, ni el viejo un enfermo. Este estereotipo, fundado sobre la llegada de inevitables déficits corporales, niega abusivamente que la persona mayor siga siendo un ser espiritual. Por lo demás, los síntomas del envejecimiento, por tener orígenes biológicos, se ven también y quizás principalmente influidos por la necesidad de adaptación al medio⁵. La elección del término mayor también se impone, a propuesta de nuestros amigos canadienses quienes, cultivando maravillosamente la lengua francesa, han guardado en esta expresión todo el significado del viejo francés: es mayor el que ha nacido antes, el que ha nacido el primero.

En todo caso, por encima de estas precisiones semánticas, la victimización de los mayores es considerada, por fin⁶, como un fenómeno importante, casi universal, a la altura de la emoción suscitada, en los últimos decenios, por los malos tratos a niños (en particular, de naturaleza sexual), por las violencias conyugales contra las mujeres y, más recientemente incluso, por el acoso moral en el trabajo. El último tabú, a punto de salir del silencio escandaloso que lo rodea, tiene que ver con las violencias, en muchos puntos comparables, de las que son víctimas los incapacitados⁷.

Los malos tratos contra los mayores constituyen la forma de violencia intrafamiliar menos conocida, con seguridad la que más se oculta. La constatación vale para las acciones u omisiones de cuantos intervienen en el domicilio o en un medio institucional, en quienes a menudo se produce cierta confusión entre lo rutinario y lo anormal, lo normal y lo prohibido. Numerosos Informes, algunos ya viejos (Laroque en 1962), otros más recientes (Guinchard-Kunstler en 1998; Debout en 2002), lo atestiguan de manera formal. Esto sin contar el coste humano, sanitario y social de este maltrato que resulta considerable. Los trabajos disponibles indican en efecto que tanto en Francia como en el extranjero, el maltrato afecta de un 4 a un 15 % de

⁵ V. Acerca de estos puntos not. B. Ennuyer, *Les malentendus de la dépendance: de l'incapacité au lien social*, Ed. Dunod Coll. Action Sociale 2002, 330 págs; J. Pellissier, *La nuit, tous les vieux sont gris. La société contre la vieillesse*, ed. Bibliophane, Daniel Radford, 2003, 348 págs; J. Maisondieu, *Le crépuscule de la raison* (1989) 4ª Ed., Bayard, 2001, 251 págs.

⁶ Sobre los aspectos históricos de esta violencia, V. not. G. Minois, *Histoire de la vieillesse*, Ed. Fayard, 1987, 442 págs; J.P. Bois, *Les vieux: de Montagne aux premières retraites*, Ed. Fayard, 1989, 448 págs. ; J Pellissier, op. cit. pág 11 y sig.

⁷ V. P. Blanc, J.M Juilhard (Dir), *Maltraitance envers les personnes handicapées: briser la loi du silence*, Informe 2002-2003- 339, 2 vol., 250 y 477 pág, www.senat.fr.

los mayores y la frecuencia de las victimizaciones aumenta significativamente con la edad de las víctimas. Estos resultados indican también, a contrario, que la vejez no es sinónimo de drama personal ineludible: hay mayores felices que transcurren la parte final de su vida a su ritmo, con amor y serenidad, en su domicilio, en familia o en una institución.

Como en otros ámbitos, se observan desigualdades escandalosas entre la población de mayores. Ataques contra su dignidad personal se producen en todas las comunidades, sea cual sea la cultura dominante y sin muchos matices, salvo en cuanto a sus formas de revelación o, si se prefiere, el límite de tolerancia etnocultural. También en Francia donde, como recuerda Robert Hugonot, “los viejos son cada vez más viejos y los jóvenes están cada vez más desprotegidos”⁸. Las victimizaciones observadas atestiguan a menudo una inversión más que de los roles de dominadores y dominados, de los roles de padres/hijos. La dependencia que abruma al mayor hace resurgir, como señala Jean Marc Elchardus, “el conflicto de Edipo: con base en un modelo patológico, insuficientemente elaborado, o incluso en la nueva aportación edipiana provocada por la inversión de las relaciones de dependencia entre generaciones”⁹. La gravedad y la frecuencia del maltrato o de la negligencia se encuentran estrechamente relacionadas con la socialización de los interesados, victimario y víctima, la mayor parte del tiempo principalmente pobre en el plano afectivo, familiar, psicolingüístico, social, cultural y económico (1).

Los actos de negligencia no son tenidos en cuenta por el derecho, en especial, el derecho penal, cuando no producen un daño grave en la persona del mayor o sobre sus propios bienes. Con todo, estas negligencias, concretamente numerosas, permanentes y variables, hacen pensar más en la indiferencia social generalizada con respecto a los problemas de la vejez, que en problemas de efectividad y eficacia del Derecho¹⁰. El Derecho no se basta para “decretar” lo inaceptable de estos actos de negligencia. El que estos abusos respecto de los mayores no sean nunca más aceptados, o si se prefiere tolerados es más cuestión de una profunda evolución de

⁸ V. R. Hugonot, *La vieillesse maltraitée*, Ed. Dunod, 2ª ed. 2003, pág XVI.

⁹ J.M. Elchardus, D Milani-Bachmann, *L'âge des atteintes, en Victimes et Société*, Actas del XXV. Congreso de la Asociación Francesa de Criminología, Grenoble, 1989, multigraph. , págs 128-134; V. igualmente J.L Reulet, *Evolution des relations familiales avec l'avancée en âge, en Maltraitements des personnes âgées*, Pub. UNASSAD, multigraph. 1997- 42, págs 17-21.

¹⁰ Sobre estos aspectos, ver not. R Cario, *Introduction aux sciences criminelles*, ed. l'Harmattan, Col. Traité des Sciences Criminelles, Vol. 4, 4ª ed., 2002, pág. 123.

las mentalidades (2).

La toma de conciencia real de la victimización de los mayores es reciente. Es en torno a los años 80, cuando estudiosos y profesionales se conmueven por las dramáticas condiciones de vida en que se encuentra una parte no despreciable de las personas mayores, sometidas a negligencias y malos tratos inaceptables. Todos denuncian entonces el silencio que rodea estos abusos inhumanos y proponen estrategias de intervención adaptadas a la población. Abundantes en el mundo anglosajón¹¹, estos estudios y prácticas profesionales no aparecen en Francia hasta la década de los 90¹². El papel pionero del profesor Hugonot y de su equipo lleva a la creación, en 1995, de la red ALMA (*Allô, maltraitances des personnes âgées*)¹³.

No obstante, tardan en ponerse en marcha políticas públicas específicas, a pesar de los informes oficiales y de estudios epidemiológicos hoy en día incontestables. El drama del verano canicular de 2003 (15.000 vidas prematuramente arrebatadas), indica con mucha agudeza el largo camino que queda por recorrer. Ciertamente se adoptan medidas de calidad, pero siguen siendo demasiado confidenciales y casi no llegan a los más desprotegidos. Queda pues un largo camino por recorrer, tanto en lo que se refiere al aumento significativo de los medios económicos, como a la formación de los intervinientes y, más todavía, a la evolución de las mentalidades para que los mayores continúen disfrutando de todos sus derechos y atributos, inalienables y sagrados, ligados a la persona humana, ya que la vejez no debe ser ni un naufragio, ni una travesía del desierto, por recordar expresiones dramáticamente célebres (3).

I. La victimización de los mayores: presentación del fenómeno

La victimización de los mayores se caracteriza, muy en general, por tres elementos: la persona mayor es totalmente dependiente del cuidador o del interviniente; el cuidador o el interviniente se ve completamente desbordado por las exigencias de cuidados que precisa el mayor; la victimización queda oculta para los demás o no

¹¹ V. not. Ref. citadas en E.G. Krug and al. (Dir.), op. cit., pág 159 y sig.

¹² V. not. R. Hugonot, *Violences contre les vieux*, ed. Erès, 1990, 137 págs.; C de Saussure (Dir.), *Vieillards martyrs, vieillards tirelire*, ed. Médecine et Hygiène, 1999, 181 págs.

¹³ V. alma-france.org;; teléfono 08.92.68.01.18.

resulta visible de manera inmediata (miembros de la familia o colegas del trabajo). En síntesis la mayoría de las investigaciones indican que, en datos absolutos, cerca de tres cuartas partes de las victimizaciones tienen lugar en el seno de la familia (prevalencia). Pero la tasa de incidencia sigue siendo mayor en las estructuras de acogida de las personas mayores¹⁴. Si las victimizaciones toman formas bien definidas (A), no se informa de todas ellas a las autoridades competentes (B). El perfil de los protagonistas, víctima y victimario, pone de manifiesto formas agudas de vulnerabilidad (C), tan especiales que su aparición y consolidación remiten a nuestra responsabilidad colectiva (D).

A.-Las diferentes formas de victimización

Las victimizaciones son de carácter físico, psicológico, económico, médico, cívico. Infinitamente variables, van de lo inverosímil a lo innombrable, de lo puntual a lo sistemático, de la tontería a la barbarie humana. Es importante señalar que las distintas formas de victimización, calificadas de manera pertinente como explotación en Quebec¹⁵, se hallan a menudo asociadas entre sí (bajo amenaza de abandono o de represalias, por ejemplo) y, sobre todo, que su gravedad y frecuencia aumentan con el tiempo. En efecto, las consecuencias de tales malos tratos o negligencias varían según sean aisladas o múltiples, voluntarias o no, episódicas o repetidas, realizadas por incompetencia (particularmente en cuanto a la formación) o con intención de dañar¹⁶. Pero, en todos los casos, son fuente de graves y duraderas secuelas para la salud psíquica de los interesados.

Las victimizaciones de tipo físico están constituidas por daños contra la integridad física de la persona, que pueden llevar, en casos extremos, a la muerte del interesado: empujones, arañazos, quemaduras, ataduras y contenciones diversas (en la cama, a una silla o un sofá), brutalidad en los cuidados (curas dentales sin anestesia,

¹⁴ En efecto, entre la población de más de 60 años (12,2 millones), más de una persona de cada diecisiete vive ahora en medio institucional (714 000); V. *La France face à ses vieux*, In *Le Monde*, 14-15 sept 2003, Dossier, 8 págs.

¹⁵ V. en este sentido el artículo 48 de la *Carta de los Derechos y libertades de Quebec*, cdpdj.qc.ca; V. *La exploitation des personnes âgées. Vers un filet de protection resserré*. Informe de consulta y de recomendaciones, 2001, Pub. *Comisión de los derechos de las personas y de los derechos de la juventud*, multigraph. , 194 pág.

¹⁶ Muchos ejemplos clínicos son aportados por R. Hugonot, op. cit., pág. 27 y sig.; V. igualmente INAVEM (Dir.) *La victimisation des aîné(e)s*, op. cit., págs. 187-199 (victimizaciones en instituciones) y págs. 201-225 (victimizaciones fuera de instituciones); ver igualmente las páginas Web de RIFVEL (rifvel.org) y del C.H. de Mazamet (multimania.com/papidoc).

nutrición parenteral en vivo), mordazas, golpes, abusos sexuales, violaciones, ingestión de productos tóxicos, homicidio o asesinato... principalmente.

Las victimizaciones de tipo psíquico provocan sufrimientos emocionales que pueden llevar al sujeto a la depresión o bien al suicidio: tuteo, apodos peyorativos, denigrar, lenguaje grosero, insultos, humillaciones, agresiones verbales, amenazas, intimidación... sobre todo.

Las victimizaciones de tipo económico suponen una explotación injustificada de los recursos y de los bienes de la víctima que puede llevar a la privación de todos sus bienes: ingreso abusivo de cheques, transferencias fraudulentas de fondos, confusión de patrimonios, retención de la pensión, robo de bienes muebles, firma forzada, venta de bienes, herencia anticipada... Conviene no olvidarse de que los mayores son también objeto de estafas, de un carácter más anónimo (teletiendas, venta por correspondencia, timeshare, inversión excesiva en sistemas de seguridad) y víctimas de actos de delincuencia en la vía pública, como, sobre todo, el robo de tirón.

Las victimizaciones de tipo médico consisten en la imposición de un tratamiento inapropiado que puede llevar a problemas somáticos graves o hasta a la muerte del paciente: principalmente, sobremedicación de neurolépticos, falta de respeto de las dosis prescritas (por exceso o insuficiencia), recurso sistemático a la farmacopea y a la polimedicación¹⁷, intervención no consentida, falta de tratamiento del dolor (sea cual sea su origen: psicológico, genético o debido a las intervenciones del personal sanitario)¹⁸ ...

Las victimizaciones que atentan contra los derechos de la persona llevan a la negación de la dignidad y del respeto debidos a todo ser humano¹⁹: derecho a la

¹⁷ V. *Le Monde*, op. cit., p. VI, precisando que el 61% de los mayores de 60 años consumen cada día varios medicamentos; comp. A Dyan, recordando que, por encima de los tres medicamentos, nadie sabe realmente lo que pasa en el organismo de una persona mayor, en *Viellissement et contextes de risques de maltraitements*, fep.umontreal.ca/violence ou rifvel.org.

¹⁸ V. not. L. Plamondon, *Violence en gériatrie: le cas de la douleur et ses enjeux éthiques*, en *Gerontologie et Société*, 2000-92, pág. 121 et sig.; R Sebag- Lanoë, B. Wary, D. Mischlich (Dir.), *La douleur des femmes et des hommes âgés*, Ed. Masson, Coll. Agés, santé, société, 2002, 324 pág.

¹⁹ V. art. 2 (derecho a la vida), 3 (prohibición de la tortura y del trato inhumano o degradante), art. 5 (derecho a la libertad), 8 (derecho al respeto a la vida privada y familiar, del domicilio y de la correspondencia), 9 (derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión), 10 (derecho a la libertad de expresión) de la Convención europea de protección de los derechos del hombre y de las libertades fundamentales (CEDH); Art. 9 del C.Civil francés; art 13 del Tratado de Amsterdam sobre la no discriminación; ver la Carta de los derechos y libertades de las personas mayores dependientes, aprobada por la Fundación Nacional francesa de gerontología en 1986 y completada en 1997; *Carta del paciente hospitalizado*, en Circular 95- 22 de 6 mayo 1995; ver anexos 1 y 2.

identidad, a la seguridad; derecho a la sexualidad; derecho a expresarse sobre cualquier tema que afecte al interesado; pero también violación de la intimidad, obstaculizar o impedir el derecho de voto, toma de decisiones contra la voluntad del mayor, entorno no conforme a las reglas de higiene y de seguridad, internamiento en institución o sumisión a tutela impuestos, aislamiento forzado... principalmente.

Victimizaciones derivadas de negligencia activa o pasiva. La negligencia supone una falta de actuación y esta abstención constituye en sí misma maltrato por el vacío que genera²⁰. La negligencia activa consiste, en primer lugar, en abstenerse intencionadamente de actuar, en no responder, a sabiendas, a las necesidades del mayor, a pesar de que se conocen esas necesidades, o en desconsiderarlo como persona humana: acompañamiento insuficiente o ineficaz en cuanto a las necesidades de la vida cotidiana (ayuda para moverse: levantarse, acostarse, desplazarse, vestirse, comer); privación de alimentos²¹, de bebida y, más generalmente, privación abusiva de bienes materiales (ropa, televisión, libros o revistas, calefacción insuficiente); privación de toda vida sensitiva, afectiva y social a través del confinamiento de la persona mayor (prohibición de salir, de reunirse con la familia o conocidos). En segundo lugar, la negligencia pasiva deriva de la falta de sensibilización y de comprensión del mayor; el sujeto activo se abstiene de actuar por simple ignorancia de las necesidades cotidianas del mayor: aseo irregularmente efectuado o chupucero, persona desorientada que es dejada sola, olvidos diversos (de cambiarle, de las barreras, falta de limpieza del lugar de residencia), mezcla de comida, atiborramiento, falta de estimulación, espacios exigüos de habitación, instalaciones domésticas insuficientes o inadaptadas, imposibilidad de privacidad en el espacio vital; falta de supervisión por parte de la jerarquía; falta de respeto de las normas alimenticias²².

²⁰ *Malos tratos con respecto a las personas inválidas e incapacitadas*, op. cit., senat.fr.

²¹ La desnutrición de las personas mayores es particularmente preocupante. En una investigación reciente, G. Ferland observa que afecta de un 5 a un 15% de los mayores que viven en la comunidad, de un 20 a un 65% de las personas hospitalizadas, o incluso hasta a un 85% de las personas internadas. Las consecuencias son muy graves desde el punto de vista físico e inmunitario, sobre todo, fuentes de morbilidad y de mortalidad galopantes, *Alimentation et vieillissement*, Prensa de la Universidad de Montreal, Coll.Paramètres, 2003 pág 169, 301 y sig.

²² V. R. Hugonot, op. cit. (2000), pag 210-211; S Gravel , M. Beaulieu, M Lithwick, op. cit. págs 67- 86; ver igualmente M. Zambon, *Des violences existentielles*, multimanía.com/papidoc; *Violences et maltraitances possibles en institutions*, Ibid.

B.- La victimización en cifras

Entramos aquí en otra forma de indiferencia pues, con independencia de lo revelado u oculto del fenómeno, siguen siendo excepcionales los datos precisos y completos acerca de la victimización de los mayores. Esta laguna estadística, en una época en que todo se mide frenéticamente, donde una cifra vale como explicación definitiva, ¿no se presenta como cierta forma de maltrato, más insidiosa, que lleva finalmente a no interesarse por aquellos a los que la misma sociedad maltrata?

1. LAS VICTIMIZACIONES CONOCIDAS

Es cuanto menos curioso, en efecto, que la información estadística oficial respecto de los hechos de maltrato contra mayores sea tan escasa. En Francia, como en el extranjero, las series estadísticas tradicionales (provenientes, principalmente, de la policía, de la administración de justicia, de los servicios sanitarios o sociales) enmudecen prácticamente sobre este tema. Sin embargo, los datos relativos a las víctimas son recogidos por la policía judicial. Aun oficiosas, las cifras presentan un cierto interés. Sabemos así que los crímenes y delitos constatados por la Gendarmería nacional en 2001 afectaron a 177.810 personas de más de 60 años (resultado que acusa un incremento del 14% con respecto al año 2000). “Menos víctimas que los más jóvenes”, las personas mayores se verían menos afectadas por hechos graves, a pesar de su aumento desde 1999 en la zona de gendarmería. Así, en 2001, las víctimas de más de 60 años estaban subrepresentadas en los casos de homicidio (7,2%, 60 casos de 833), agresiones sexuales y violaciones (3,3%, 162/4912), robos con violencia (6.91, 724/10471). Por contra, entre las víctimas de robo con engaño (24,6, 1244/5043) y de robos por timo (100%, 1660) aparecían netamente sobrerrepresentadas²³.

Tabla 1

	%
Violencia psicológica	27,0
Violencia económica	23,45
Negligencia	16,60
Violencia física	14,30
Violencia cívica	13,70
Violencias medicamentosas	04,65

Tabla 2

	En el domicilio(%)	En una institución(%)
Maltrato psicológico	29,0	14,0
Maltrato económico	21,0	7,0
Maltrato físico	15,0	12,0
Negligencia activa o pasiva	15,0	49,0
Maltrato medicamentoso	2,0	3,0
Maltrato cívico	6,0	6,5
Otras formas de maltrato	12,0	8,5

²³ V. not. C. Petit, *Gendarmerie et maltraitance des personnes âgées*, en Rev. de la Gendarmerie, 2002-2003, págs. 37-43.

En general, la jurisprudencia referente a malos tratos sobre personas mayores es excepcionalmente pobre. La consulta de bases de datos jurídicas en este orden jurídico lleva a constatar que las actuaciones son extremadamente escasas, tanto por la vía penal como por lo civil. Tampoco en derecho civil de familia la consulta resulta mucho más fructífera²⁴. Los procesos relativos a medidas de protección en beneficio de personas vulnerables (tutela, curatela y defensa judicial²⁵) no ofrecen una más abundante información desde la perspectiva que nos ocupa y versan generalmente sobre aspectos estrictamente financieros de apropiación o bien dilapidación del patrimonio de la persona protegida. Algunas decisiones consagran la obligación alimenticia, en una óptica vertical, en beneficio de las personas mayores desprotegidas²⁶. Una jurisprudencia bastante interesante es la desarrollada desde hace poco con el fin de evitar la falta de herencia afectiva de los abuelos²⁷, cuyo lugar en la familia parece que vuelve a ser fundamental²⁸. En derecho médico, se trata de las infracciones contra la salud de los enfermos operados y cuidados. En el terreno sanitario y social, las raras condenas impuestas contra los autores de infracciones con mayores víctimas tienen que ver sobre todo con los ataques a su patrimonio o, más en particular aún, con la falta de respeto de la reglamentación en materia de higiene y seguridad o la gestión fraudulenta de la institución. Las faltas profesionales de los intervinientes en el plano médico o social con respecto a los mayores no parecen igualmente merecer la suficiente atención oficial como para justificar la apertura de expedientes disciplinarios.

Las razones de este desfase entre la realidad del extendido fenómeno de maltrato y negligencia contra los mayores y su falta de atención socio-judicial, por desgracia bastante generalizada, son múltiples y no todas tienen que ver con la negligencia del Derecho, entendido en sentido amplio (normas y sanción de su violación). Ciertamente la prueba judicial del maltrato es particularmente delicada: en lo concerniente a lo delictivo, la parte denunciante debe probarlo en todo caso. Ahora bien, es a menudo muy difícil distinguir claramente las consecuencias de una victi-

²⁴ V. not, Jurisdata, Cdrom Famille.

²⁵ V. Art. 490,491, 492, 580 y sigs. del C. Civil Francés; Art. 1232 del nuevo Código procesal civil; V. not A. Paujo, *Personnes âgées dépendantes: tous leurs droits*, Ed. Du Puits Fleuri, 2003-156, pág.229 y sig.

²⁶ V. art. 205 Código civil francés; L. 708 y s. del Código de la Salud Pública francesa.

²⁷ V. not. Art. 371-4 Código civil..

²⁸ V. not. M. de Béchillon, JJ Choulot, *Le guide de l'adoption*, Ed. O. Jacob, 2001, 273 págs.

mización probable de las nefastas características psicogerítricas del envejecimiento²⁹. En el mismo sentido, ¿a partir de qué momento una exigencia de cuidados impuestos (como por ejemplo la contención) se convierte en una infracción, en un ataque a la dignidad del paciente? Esto, sin olvidar que, en las instituciones, muchas disposiciones del reglamento interno impuestas a los mayores, con el fin de organizar la vida colectiva, no son sistemáticamente asimilables a malos tratos... Estamos ante el campo abonado de la sutileza del diagnóstico diferencial y no cabe duda de que estas incertidumbres pueden generar el desaliento en los denunciantes mejor intencionados.

Los resultados disponibles y explotables provienen generalmente de estudios efectuados por los organismos de ayuda a las personas mayores, en el marco a veces de la investigación-acción. Pero parece especialmente delicado cifrar las diferentes formas de victimización, sin dejar de tener en cuenta la importancia de los parámetros metodológicos (representatividad, medida de la muestra; prevalencia e incidencia de las victimizaciones observadas; definición de las sevicias y negligencias; grupo de control)³⁰.

La asociación ALMA, a partir de los datos brutos contenidos en los 11.975 archivos constituidos desde su creación en 1995 (tablas 1 y 2), ha evaluado recientemente la importancia de estas formas de victimización³¹:

Muy pertinentemente, las estadísticas así construidas por ALMA distinguen desde

²⁹ V. not P. Guillaumot A. Dyan, *Caractéristiques psychogériatriques du vieillissement*, en INAVEM (Dir.), *La victimisation des aîné(e)s*, op. cit. págs. 119-156.

³⁰ V. not sobre estos aspectos J.F. Kosak et coll, in M. MacLean, op. cit., *Perspectives épidémiologiques des mauvais traitements et de la négligence à l'endroit des personnes âgées: revue des textes de recherche nationale et internationale*, págs. 175-190; cabe lamentar igualmente que ciertas encuestas no contabilicen las violencias ejercidas contra los mayores de 60 años. V. not. Encuesta ENVEFF, M. Jaspard et al., Nombrar y contabilizar la violencia contra las mujeres: la primera encuesta nacional en Francia, en *Population et Société*, 2001-364, 4 págs.

³¹ V. R Hugonot op. cit, pág. 171 y sig.; estos resultados son bastante cercanos de lo que la mayor parte de los investigadores observan; V. la página Web "Réseau internet francophone vieillir en liberté (RIFVEL)", rifvel.org; capam.be; Informe del Secretario general acerca del maltrato a las personas mayores para romper el círculo del silencio, la ignorancia y la vulnerabilidad, *Abuse of Elders Persons*, del 28 de febrero 2002, E/CN. 5/2002/ PC/2, un.org/ageing; S.M. Swanson, *Malos tratos y negligencias para con las personas mayores*, Centro nacional de información sobre la violencia dentro de la familia, hc-sc.gc.ca; acerca de las violencias en instituciones, V. not. S. Maza y M. Carrière, *Les victimisations des aînés en institution*, Univ. De Pau, multigraph, 2000, 52 págs.; *Violences et maltraitances possibles en institution pour personnes âgées*, site *Violences et maltraitances possibles en institution pour personnes âgées*, Web "Gérontologie en institution" C.H. Mazamet, multmania.com/papidoc; Asociación Francesa de Protección y Asistencia a las Personas Mayores, afpap.org, TEL. 0800.020.528.

2001 por clases de maltrato atendiendo al lugar en que se aplican. Este último dato subraya la importancia de los actos de negligencia, principalmente en el ámbito institucional: el 49% de los malos tratos revelados (de un nivel, con todo preocupante, en el domicilio). En el domicilio predomina el maltrato psicológico (que se mantiene en un elevado nivel en el ámbito institucional), seguido bastante de cerca, en porcentaje, por el maltrato económico (más raro en las instituciones). Las observaciones de ALMA llevan a insistir aún más en cómo el riesgo de victimización se distribuye por edades: 5% en los de más de 60 años, 15% en los de más de 75³². Pero estas cifras son, conforme a la opinión científica común, sólo una pequeña muestra de la realidad del maltrato cotidiano de las personas mayores.

2. LAS VICTIMIZACIONES OCULTAS

Al margen de las victimizaciones conocidas por las autoridades competentes, por desgracia, muchos supuestos de abuso no son denunciados, no salen de la familia o de la institución afectada. A modo de ejemplo, una reciente encuesta acerca de la violencia familiar llevada a cabo en Canadá indica que un 7% de las personas mayores había sufrido, en el transcurso de los últimos 5 años precedentes al estudio, violencias psicológicas variadas³³. En el mismo sentido el Informe Mundial de la OMS aporta los resultados de un estudio realizado con el personal de las residencias de ancianos en un Estado de los EEUU de América: "... un 36% del personal enfermero y general declaró haber asistido, al menos, a un incidente de violencia física por parte de algún otro miembro del personal en el transcurso del año precedente, mientras que un 10% reconocía haber cometido por sí mismo por lo menos un acto de violencia física. Al menos un incidente de violencia psicológica contra un pensionista había sido observado por un 81% de la muestra durante el año precedente y un 40% admitía igualmente haber cometido un acto semejante"³⁴.

De forma más general, tanto las encuestas de victimización como los retornos procedentes de las experiencias profesionales, subrayan la frecuente presencia de

³² V. en ce sens, F. Busby, *La maltraitance envers les personnes âgées: écouter et prévenir*, In Rev. de la Gendarmerie, 2002-03, pp. 27-30; V. également P. Kremer, *Le gouvernement veut lutter contre la maltraitance des personnes âgées*, In *Le Monde*, 20 nov. 2002, p. 13.

³³ *La Violence familiale au Canada: un profil statistique*, 2000, Pú. Statistique Canada, 85-224,66 págs., especialmente pág. 29 y sigs.

³⁴ K.A. Pillemer, D Moore, *Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes*, en *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990-2, págs. 5-30.

malos tratos en relación con personas mayores: de un 4 a un 15% de la población de más de 60 años (de 600.000 a 2.000.000 de personas en Francia), ocupando entre ellas la negligencia una importante posición (del 16% al 24% del total). Algunos estudios más longitudinales señalan que cuando los abusos perduran (hasta tras su descubrimiento), la negligencia y la violencia psicológica siguen constituyendo los supuestos más importantes (casi un caso de cada dos)³⁵.

Las razones de la no-revelación del maltrato sufrido son múltiples y bastante preocupantes en la medida en que llevan a la víctima a culpabilizarse: vergüenza por ser viejo, por vivir tanto tiempo, por no responder ya al modelo dominante (de juventud, belleza, productividad, salud); vergüenza por el escándalo familiar o en la institución; miedo a represalias, a la desunión familiar, al aislamiento afectivo, social, a un internamiento, a la expulsión del centro; el orgullo de querer ocuparse de uno mismo, de solucionar los problemas en familia; la renuncia a denunciar a un cercano que corre por ello el riesgo de ser condenado; la presencia habitual de violencia en la familia, el desconocimiento de las ayudas, los recursos disponibles y, sobre todo, la dificultad de ponerlos en marcha; las perturbaciones de la comunicación debido a los problemas cognitivos...

Los propios miembros de la familia pueden negarse a denunciar las victimizaciones por temor a ver a uno de los suyos perseguido penalmente, por miedo a que se pongan en evidencia negligencias en el cuidado de la persona mayor que les puedan ser imputadas. Igualmente pueden tener dudas en cuanto a confiarse o no a los profesionales que intervienen, a menudo dispuestos a erigirse en jueces de las familias cuando en el seno de las mismas las interrelaciones privadas son siempre complejas³⁶. También es muy disuasiva la amenaza de enviar al mayor víctima a una institución. Los parientes todavía rechazan lo que ellos consideran, en ocasiones de forma excesiva, como delación³⁷.

Argumentos del mismo tipo valen para las instituciones, en el seno de las cuales el personal lleva a cabo tales prácticas inaceptables; a veces los compañeros de trabajo se echan para atrás en el momento de la denuncia por un equivocado respeto

³⁵ Ver not. rifvel.org.

³⁶ Ver not. M. Jaspard, *Violence et maltraitance? Le poids des mots et des chiffres*, en *Gérontologie et Société*, 2000-92, pág. 25.

³⁷ Ver al respecto A. Terasson de Fougères, *La maltraitance des personnes âgées*, en R.D. Sanit et Soc., 2003-39-1, pág. 180.

de la confidencialidad, por miedo a perder su empleo. Los profesionales que intervienen a domicilio (pertenecientes al cuerpo médico o a los diversos servicios de cuidado y ayuda) pueden igualmente dudar a la hora de denunciar estas victimizaciones por respeto a la privacidad de las familias, que tratan desde hace muchos años. O simplemente porque tales conductas no les son familiares. Su aparente desconocimiento o incomprensión de la situación conflictiva que puede emerger en el contexto familiar viene a suponer un impedimento para la comunicación de confidencias por parte del mayor, a pesar de que sus cambios súbitos de comportamiento o de actitud deberían atraer la atención del profesional informado (apariencia descuidada, desconfianza exagerada, declaraciones contradictorias, evitación del contacto visual o físico, síntomas de depresión como lloros frecuentes, insomnio, pérdida generalizada de interés)³⁸.

3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PROTAGONISTAS

Precariedad, proximidad e intercambiabilidad parecen caracterizar de forma especial a los mayores víctimas y a sus agresores. Estamos ante casos dramáticos de miseria afectiva y social, en la mayoría de los casos observados.

Los mayores víctimas

Son mayoritariamente mujeres (tres de cada cuatro casos), de edad media superior a 75 años, viudas. Vulnerables desde el punto de vista físico e intelectual, poseen un patrimonio más importante que el de su victimario, quien vive a menudo con ella, en un ambiente de gran aislamiento social, particularmente en medio rural³⁹. Su historia familiar o conyugal es generalmente pobre y, con bastante frecuencia, con presencia de relaciones anteriores violentas por parte del que o de la que se ha convertido en víctima. No es algo raro el consumo de productos tóxicos (alcohol, medicamentos psicotrópicos).

Los victimarios

Se trata, en uno de cada dos casos, de miembros del círculo familiar más próximo del mayor: principalmente hijo o hija; en ocasiones, el cónyuge, los nietos y en menor medida los sobrinos. Amigos o vecinos se ven igualmente afectados (en más de un caso de cada diez). Los profesionales intervinientes (personal sanitario o de

³⁸ Para un análisis bastante característico de estas prácticas, ver not. INAVEM (Dir), *La victimisation des aîné(e)s*, op. cit., pág. 227 y sig.

³⁹ Ver al respecto, INAVEM (Dir), *La victimisation des aîné(e)s*, op. cit., págs. 233-238.

cuidado, en el domicilio o en la institución) suponen cerca de dos casos de cada diez, lo que indica una sobrerrepresentación muy significativa, en términos de tasa de victimización, habida cuenta del número de personas tratadas en este marco respecto de la población total de personas mayores. De manera más excepcional, otros victimarios son los responsables de las residencias de ancianos, los tutores, los banqueros, los estafadores profesionales. Todos estos despliegan frente a la víctima técnicas de neutralización, muy conocidas en criminología: negación, despersonalización, desprecio de la víctima, culpabilidad supuesta de la víctima⁴⁰.

Los victimarios salidos de la familia de la persona mayor presentan a menudo carencias intelectuales. No tienen ingresos estables. Es frecuente la dependencia económica, del cuidador o del mayor. El consumo de productos tóxicos no está excluido. En un número bastante significativo de casos, el victimario ha sufrido anteriormente, él mismo, violencias por parte del mayor.

De forma más general, el familiar cuidador se ve desbordado por el cuidado de la persona mayor, por falta de experiencia en el acompañamiento de personas mayores y/o por dificultades en la asunción de su propia vida personal. El agotamiento provocado por la ayuda y cuidado prodigados al mayor –verdadera carga que compromete su propia vida social o hasta su salud– es igualmente un factor de elevado riesgo de sevicias o de negligencia. El cuidador profesional se ve por su parte constantemente confrontado a situaciones poco valorizadoras (cuidados corporales, incontinencia) y bastante frecuentemente traumáticas (dolores provocados por los mismos cuidados, inevitable decadencia corporal o incluso fallecimiento del mayor). Su repetición cotidiana es un factor real de intolerancia, que lleva, por agotamiento, a descuidar o a maltratar a la persona mayor, identificada como la fuente del sufrimiento duradero en el lugar de trabajo (burn out). Es importante no olvidar que las actitudes y los comportamientos de algunos pacientes (principalmente, agresividad verbal, incluso física, insatisfacción crónica, grado de exigencia importante, indiferencia afectiva) pueden desencadenar o consolidar las victimizaciones⁴¹.

Los propios mayores pueden ejercer en ocasiones violencia sobre sus semejan-

⁴⁰ Sobre estos aspectos, ver not. E. De Greeff, *Criminogenèse*, en *Actas del II Congreso Internacional de Criminología*, PUF, Tomo IV, 1951-55; D. Matza, *Delinquency and drift*, Ed. J Wiley, 1964, 199 págs.; J Pinatel, *Le phénomène criminel*, Ed M.A. 1987, págs. 129-130. R Cario, *Jeunes Délinquants. A la recherche de la socialisation perdue*, Ed. L'Harmattan, Col. *Sciences criminelles*, 2ª ed 2000, pág. 171 y sigs.

⁴¹ Ver Informe M. Debout, op. cit, pág. 16 y sig.

tes. A menudo, estos pasos al acto son “consecuencia de un sufrimiento imposible de elaborar”⁴² o expresan incluso la imposibilidad de los autores de imaginar otras acciones eficaces sobre su entorno, por definición perturbado por su estatus personal, pero también sociocultural de viejo. Para salir de la angustia traumática consecuencia de tal estado, para salir en otras palabras de la inhibición prolongada de la acción por defecto de actos gratificantes sobre su entorno, el comportamiento hetero-agresivo (o contra uno mismo, como se explicará más adelante) se convierte en el único posible⁴³. La violencia puede presentarse también como respuesta a agresiones dirigidas contra el propio mayor, sin que sea siempre posible determinar claramente la responsabilidad de cada uno de los protagonistas en el desencadenamiento de las hostilidades.

Los escasos autores que se han centrado sobre la cuestión identifican claramente tres grandes clases de abusos realizados por los mayores víctimas, generalmente de escasa gravedad en sí mismos, pero con un efecto desestabilizador por su repetición; psicológicos (amenaza, acoso, desprecios diversos); materiales (gastos o avaricia excesiva, dilapidación del patrimonio); físicos (golpes, escupitajos, incontenencias voluntarias, gestos agresivos). A pesar de todo no resulta anodino constatar que son escasas las condenas impuestas en los casos más graves y tan particulares de maltrato entre personas mayores⁴⁴.

C.- Entre vulnerabilidad y maltrato social

Es difícil no quedar consternado por lo expuesto sobre las victimizaciones sufridas por los mayores, por sus modalidades, su amplitud y las características socio-demográficas y personales de los protagonistas. Para intentar comprender los mecanismos de esta escalada de violencia con respecto a las personas particular-

⁴² V. B. Peter, *Vieillards agressifs et maltraitants*, en *Gérontologie et Société*, 2000-92, pág. 160.

⁴³ V. H Laborit, *La colombe assassinée*, Ed. Grasset, 1983, 211 pág., R Cario, *Devenir criminel*, en T. Albernehe (Dir), *Criminologie et psychiatrie*, Ed Ellipses, 1997, págs. 458-469.

⁴⁴ Ver acerca de este punto not B Peter, op. cit. págs. 151-159; C. de Saussure, *Le vieillard auteur de violences à domicile*, Ibid, págs. 161-166; E.A. Fattah , V.F. Sacco, *Crime and Victimization of the elderly*, Ed. Springer-Verlag, 1989, 310 págs.; S. Gravel, M Beaulieu, M Lithwick, *Quand vieillir ensemble fait mal: les mauvais traitements entre conjoints âgés*, en *Criminologie*, Vol.30-2, págs. 67-86; C. Loubières, *L'appréhension du phénomène de maltraitance des personnes âgées par un service d'aide aux victimes*, *Memoire, Dess Droit Sanitaire et Social*, Univ. Pau, 2003; multigraph, 59 pags. C. de Saussure, *Les personnes âgées maltraités de leur famille*, en *Actes du XII Congrès de psychogériatrie*, Pau 2003, pendiente de aparición.

mente vulnerables, masivamente desprotegidas, por parte de personas de confianza (cuidador natural o profesional), investigadores y profesionales recurren a dos tipos de teorías. La primera reenvía a la desvalorización generalizada del mayor por parte de las generaciones más jóvenes (con la complicidad activa de la sociedad en general): se le asimila a un enfermo a causa de las regresiones físicas y psíquicas que acompañan al envejecimiento del ser humano. Este “viejismo” (categoría superlativa con vocación peyorativa) lleva, según esta línea teórica, a la falta de toma en consideración de las necesidades del mayor, lo cual produce correlativamente en este último una pérdida de su propia imagen, de su autoestima⁴⁵.

La segunda teoría, desarrolladora, además de los conflictos intergeneracionales, pone de manifiesto la inversión que se produce de los roles de dominante y dominado en las relaciones entre el mayor víctima y el hijo o cónyuge victimario, algo que llega a ser calificado por algunos autores como el “fantasma del vuelco en el orden de las generaciones”⁴⁶. En efecto, en muchas situaciones el mayor que se convierte en víctima ha sido a su vez autor de malos tratos a quien luego le victimiza (dominador/victimizado). Esta inversión de roles⁴⁷ se ve muy favorecida si a la actitud eventual de venganza se le suman problemas personales del dominado-victimario, como ya se ha destacado, por ejemplo, con anterioridad: una escasa autoestima, una pobre inserción social, prácticas toxicómanas habituales⁴⁸.

Por seductoras que sean estas sistematizaciones teóricas, no insisten suficientemente sobre el alcance de la vulnerabilidad agravada que asola a los protagonistas de tales victimizaciones. Lejos de favorecer los procesos y las redes de solidaridad, tanto familiar como social, nuestra sociedad liberal hace exacerbar el individualismo⁴⁹. Y son las personas cuya exclusión es más fuerte las que recurren a la violen-

⁴⁵ Ver, con carácter más general, M.L. Martínez, *La maltraitance intergénérationnelle: l'éclairage de l'anthropologie relationnelle*, en *La Victimisation des ainé(e)s*, op. cit., 2003, págs. 47-65.

⁴⁶ Citada por F. de la Forrière, In INAVEM (Dir.) op. cit., pag 263.

⁴⁷ Acerca de esta “inversión” de papeles, véase not. M.L. Martínez, *Victime et œuvre de justice: éclairage de l'anthropologie relationnelle*, en R. Cario (Dir), *Victimes: du traumatisme à la restauration*, Ed. . L'Harmattan, Coll. *Sciences Criminelles*, 2002, págs. 305-344; L. Ploton, *La personne âgée: son accompagnement médical y psychologique et la question de la démence*, Ed. Chronique sociale, 2003, 250 págs.

⁴⁸ Comp. R. Cario, *Introduction aux sciences criminelles*, op. cit., pag. 55 y sigs.

⁴⁹ El informe mundial acerca de la violencia y la salud señala que, en los países en vías de desarrollo, “La industrialización destruye poco a poco los viejos esquemas de interdependencia entre las generaciones de una misma familia [...] Los vínculos familiares y comunitarios que sostenían antaño a las generaciones de más edad se han debilitado, cuando no han sido destruidos por las rápidas mutaciones sociales y económicas.”, op. cit., pag.140

cia para regular los múltiples conflictos intersubjetivos a los cuales se exponen o son expuestas. Las personas integradas socialmente, ricas en el plano afectivo, familiar, socioeconómico y cultural recurren más raramente a la violencia, por lo menos en los conflictos de origen intrafamiliar.

Estas indicaciones llevan inevitablemente a recordar algunas constataciones victimológicas, ciertamente bien conocidas pero que se destacan de manera especial en el terreno de la victimización de los mayores: principalmente, la intercambiabilidad de los papeles victimario/ victimizado; las precariedades de todo tipo de los protagonistas; la fuerte proximidad afectiva o de relación (familia o intervinientes sanitarios y sociales regulares); la muy frecuente sobrevictimización. Estas dramáticas características, hasta por el mismo hecho de su acumulación, convierten incluso en más completo el análisis de las victimizaciones contra los mayores. Sólo a partir de un abordaje global, llevado a cabo desde la más amplia pluridisciplinaridad, puede esperarse el desentrañamiento del conflicto intersubjetivo cristalizado, el apaciguamiento de los consiguientes sufrimientos a menudo profundos y la prevención de su repetición.

También, antes de hacer de la “dependencia” el 5° riesgo a asegurar socialmente (junto a la enfermedad, la vejez, la invalidez y los accidentes laborales), es importante reflexionar seriamente sobre la calificación y el origen del problema que afrontan los mayores de más edad. No se trata tanto de un problema de dependencia, esto es, de una carga que debe ser asumida por otro, sino de una cuestión de vulnerabilidad, esto es, del acompañamiento que hay que prestar a ese otro. Nuestra responsabilidad colectiva está fuertemente comprometida y no será a través de discursos y prácticas estereotipados que cesará la violencia institucional, ni los consiguientes suicidios.

La violencia social, si se prefiere, proviene de esas formas generalizadas de desinterés, de menosprecio o de rechazo de la vejez, que cabe observar aquí y allá. Fuertemente atentatorias de la dignidad de la persona humana, estas prácticas llevan a la desvalorización del viejo, con su fuerza amalgamadora del envejecimiento físico y el envejecimiento psíquico, la dependencia, la incapacidad o la invalidez⁵⁰. Estas posturas socioculturales son fuente de culpabilidad, de ansiedad, de pérdida de la autoestima⁵¹. La carencia y la insuficiencia de dispositivos de atención de los

⁵⁰ V. acerca de estos puntos los pertinentes razonamientos de J. Pellissier, op. cit., pag. 19 y sig.; R. Hugonot, op. cit.; y más magistral aún, S. de Beauvoir, *La vieillesse*, Ed. Gallimard, Coll. Idées, 1979, 2 vol., 408-409.

⁵¹ V. *Informe Mundial sobre la violencia y la salud de la OMS*, op. cit. pag 142 y sig.

mayores vulnerables (en materia de personal, materiales y de programas) constituyen otras formas graves de violencia social. Con muchos más matices pero con resultado idéntico, ciertas culturas con elevado sentido filial acaban privando a las personas mayores de su autonomía por afección y protección excesivas. Llevada al extremo, este tipo de infantilización puede llevar al aislamiento, a la depresión de los interesados⁵².

El sentimiento de inutilidad, vivido como algo costoso afectiva y socialmente, puede llevar a las personas mayores a otras formas de violencia, más simbólicas, que esta vez se vuelven contra ellas mismas: la depresión y el suicidio. Hoy en día resulta probado que las franjas de edad superiores a 60 años presentan tasas de depresión y suicidio muy elevadas en valores relativos. La depresión afecta a dos de cada cinco mayores residentes en su domicilio y a uno de cada dos residentes en institución⁵³. En Francia, la mitad de los suicidios se produce en personas de más de 55 años y una cuarta parte entre los de más de 75⁵⁴. En el mundo, el suicidio cometido por procedimientos generalmente expeditivos es tres veces más frecuente entre las personas de más de 75 años, y más importante que entre las personas de 15 a 24 años. Esto sin contar esos suicidios más silenciosos que consisten en dejarse morir⁵⁵.

Como resumen a este dramático cuadro de la victimización de los mayores, hasta en el terreno de su vida cotidiana, es preciso insistir en los factores generales de riesgo que se deducen de los desarrollos precedentes. Como en otros ámbitos de la criminología, estos factores de riesgo aparecen de manera simultánea y de su acumulación, profundidad y persistencia depende el nivel de riesgo de maltrato⁵⁶. Todos nos sorprenden y todos ellos nos remiten, en primer lugar y de forma general, al lugar que nuestras sociedades liberales contemporáneas reservan a las personas mayores más vulnerables:

- Impuesto desinterés cultural, o incluso menosprecio de las necesidades del mayor, estructuradas en torno al estereotipo del viejo enfermo, improductivo, costoso, inútil (por oposición caricaturesca con el cuerpo joven, sano, productivo

⁵² V. el *Informe sobre la violencia y la Salud*, op.cit., p. 141; J Pellissier, op. cit., p. 172 y sig.

⁵³ V. not. J. Pellissier, Ibid, pag. 252; J.C. Montfort, *La psychogériatrie*, Puf, Que sais-je?, 198-3333, 128 pag.

⁵⁴ V. *El Informe de Monde, Francia frente a sus mayores*, 14-15 sept. 2003, 8 págs.

⁵⁵ V. *Informe Mundial acerca de la violencia y la salud*, op. cit, pag. 205 y sig.

⁵⁶ V. not. R. Cario, *Victimologie*, op. cit., pag 238 y sig.

que canta nuestra publicidad).

- Inadecuación de los recursos sanitarios y sociales, que obliga a una gestión de la penuria que puede llevar por sí misma a decisiones administrativas arbitrarias, en particular, en cuanto a la concesión de ayudas individualizadas, o respecto a la habilitación de estructuras de cuidado.

Muy graves consecuencias derivan, en segundo lugar, de estas actitudes arriesgadas que no deben menospreciarse por el hecho de que se encuentren ya claramente identificadas en la actualidad. Y es que son fuente de otros factores de riesgo de maltrato para con las personas mayores. Así el riesgo de dependencia acentuada de los interesados, pues a la dependencia ligada a deficiencias fisiológicas se puede añadir una dependencia psicológica y social mucho más desestabilizadora aún, en la medida en que el sujeto afectado no podrá ya decidir/elegir por sí mismo en cuanto a la organización material de su propia vida personal y social. También el riesgo de mayor aislamiento del mayor sometido a la riqueza de su nicho ecológico, principalmente en términos económicos y de relación, aislamiento psicosocial amplificado a veces por un especial aislamiento espacial o geográfico (zona de alojamientos sociales o zona rural). También está el riesgo de agotamiento agravado de los intervinientes, cuidadores familiares o profesionales de la ayuda o del cuidado, insuficientemente preparados o poco formados en el plano afectivo y técnico para la atención de este tipo de minusvalías. Igualmente, el riesgo de convertirse en el objetivo victimológico elegido por parte de personas cercanas, poco escrupulosas, intervinientes poco motivados profesionalmente y estafadores de todo tipo más atraídos por la expectativa de fáciles ganancias que inhibidos por la sanción penal.

Todo lo anterior suscita un mayor pesimismo cuando los medios en donde se reclutan víctimas y victimarios se encuentran fuertemente marcados por la pobreza en cualquiera de sus formas. El círculo infernal se vuelve entonces aún más vicioso tanto por el silencio “convenido” que rodea los malos tratos como por el ruido de la culpabilidad “confesada” de las mismas víctimas que, por “miedo a molestar”, acaban deseando su propia prematura desaparición. Al colmo se llega por el hecho de que la vulnerabilidad susceptible de verse inducida por la edad avanzada, de por sí injusta, se convierte en maltrato agravado mucho más inaceptable por afectar a los mayores más desprotegidos. La necesidad de acudir masivamente a su ayuda se vuelve entonces de urgente y escandalosa actualidad, por ser tanto el desfase entre las realidades observadas y el Derecho Positivo, en cualquier caso preocupado por incriminar la mayor parte de las victimizaciones sufridas por los mayores.

II. Maltrato y negligencia de los mayores.

Bien analizado, el Derecho ofrece verdaderas garantías de protección frente a los malos tratos de los que pueden ser víctimas las personas mayores (A). Pero la observación de la realidad cotidiana indica que no se han puesto apenas en marcha contenciosos por negligencias, lo que no deja de sorprender a la vista de la gravedad de las consecuencias que este tipo de victimizaciones suponen en la vida de las personas concernidas (B).

A.- Los malos tratos

Evidentemente, todas las infracciones dolosas de derecho común protegen a las personas mayores victimizadas. Todas las formas de ataque voluntario contra la vida o la integridad física (acompañados, en su caso, de torturas o de actos de barbarie)⁵⁷, todas las infracciones sexuales (violación, agresiones sexuales, acoso sexual)⁵⁸, todos los ataques contra la dignidad, la libertad, la intimidad⁵⁹, todas las variedades de sustracciones y apropiaciones fraudulentas⁶⁰ previstos por el código penal son sancionables. Estas infracciones pueden provenir de personas de confianza (familia, cercanos, intervinientes profesionales, personal de servicios de proximidad).

Pero, como se ha señalado anteriormente, otros infractores, más anónimos, completan la panoplia de victimarios. Algunos delincuentes se han especializado en la agresión a personas mayores a la salida de los establecimientos bancarios. Con el robo por tirón –de consecuencias no siempre medidas puesto que a la sustracción se añade a veces el traumatismo mucho más grave de la caída consecutiva al robo–, despojan a víctimas indefensas de sus pequeños ingresos. Otros expolían, mediante suplantación (o muchas veces a través de un verdadero abuso de confianza), a los mayores en su domicilio, al hacerse pasar por el personal de diversos servicios públicos o privados, en el marco de procesos bien preparados (interviniendo varios en la puesta en escena). Más excepcionalmente, los robos con fuerza en las cosas

⁵⁷ V. not. Art. 221a 222-18-1 C.P. Francés.

⁵⁸ V. not Art. 222-22 a 222-33-1 C.P. Francés.

⁵⁹ V. not Art. 224-1 y sig. C.P. Francés.

⁶⁰ V. not. Art. 311 y sig. C.P. Francés.

se producen, frecuentemente por la noche, con objeto de procurarse diversos bienes mobiliarios, acabando en algunas ocasiones muy mal.

La vulnerabilidad de los mayores puede llevar a agravar la cuantía de la pena que normalmente corresponde al infractor: en caso de ataques (sólo si son voluntarios) contra la vida humana, la integridad física o psíquica de la persona, en caso de las violencias voluntarias⁶¹, de extorsión, daños o estafa⁶².

El Código penal francés incrimina más especialmente el abandono de una persona que, por su edad o su estado físico o psíquico, no puede protegerse. Puede tratarse, en particular, de personas mayores, dejadas voluntariamente sin cuidados o sin vigilancia por los miembros de su familia o por los responsables del establecimiento de acogida o de cuidado, sea el lugar que sea. La sanción impuesta depende de la gravedad de las consecuencias del abandono, generalmente vinculadas a su duración⁶³. En el mismo orden de cosas, debería castigarse el hecho de someter a una persona, abusando de su vulnerabilidad o de su situación de dependencia, a condiciones de alojamiento incompatibles con la dignidad humana, viva el interesado en un domicilio o en una institución⁶⁴.

Más en concreto, la vulnerabilidad de los mayores puede llevar a la aplicación de la figura específica del abuso fraudulento de la ignorancia o de una situación de debilidad... de una persona cuya particular vulnerabilidad, debida sobre todo a su edad, es aparente y conocida por el autor⁶⁵. Esta incriminación que toma en consideración el estado de debilidad de la víctima se cristaliza a través de todas las formas de apropiación fraudulenta: robo, falsedad, estafa, apropiación indebida etc.... Sin embargo, la redacción del artículo 223-15-2 del Código Penal Francés ¿no lleva, felizmente, a la afirmación de la prohibición de la violencia de tipo estrictamente psicológico, aun cuando éste no fuera su objetivo? El artículo contempla en particular (junto a los menores, personas mayores, enfermos, inválidos, deficientes físicos o psíquicos o mujeres embarazadas), a las personas en un “estado de someti-

⁶¹ V. not Art. 221-4-3°, 222-3-2°, 222-8-2°, 222-10-2°, 222-12-2°, 222-13-2°, 222-14, 225-15, 222-24-3°, 222-29-2°, 222-30 C.P. Francés.

⁶² V. Art 311-4-5°, 312-1, 312-2-2°, 313-2-4°, 322-1, 322-3-2° C.P. Francés.

⁶³ V. Art 223-3 y 223-4 C.P. Francés.

⁶⁴ V. Art. 225-14 C.P. Francés.

⁶⁵ V. Art 223-15-2 C.P. (mod L. 12 junio 2001), V. igualmente Art L. 122-8 y sig. Código del Consumo.

miento psicológico o físico resultante de la aplicación de presiones graves o reiteradas o de técnicas dirigidas a alterar su raciocinio”.

En esta misma línea, el Código penal francés tipifica desde hace poco la figura del acoso moral de otro, cuando se dirige a obtener favores de naturaleza sexual⁶⁶ o con el fin de degradar las condiciones de trabajo⁶⁷ de la persona victimizada. Ciertas negligencias –en todo caso las más graves de entre ellas– se caracterizan claramente por la presencia de estos procesos psicológicos, de manera más o menos intensa, más o menos permanente, más o menos dolorosa. Pero para caer bajo el tenor de la ley, el “sometimiento psicológico” deberá llevar al mayor “a un acto o una abstención que le sea gravemente perjudicial”⁶⁸. Por contra, las demás negligencias –comprendidas las psicológicas– al no poderse “materializar” sobre la persona o en los bienes de la persona mayor no pueden ser objeto de persecución penal; la prueba y la realidad del daño sufrido parecen igualmente como algo muy delicado en el plano civil.

B.- Los actos de negligencia

Si la violencia puede ser definida como una agresión contra la integridad física y/o psíquica de un individuo, susceptible de quitarle el dominio de su vida y/o su espacio vital (personal, familiar, social, o cultural, principalmente), los actos de negligencia respecto de personas mayores son una forma particularmente grave de violencia. Sea cual sea su gravedad intrínseca, constituyen, en efecto, una agresión contra la dignidad de la persona humana, que, por añadidura, llevan a una pérdida de la autoestima o bien a una desvalorización personal masiva. Pero, desde la perspectiva de los protagonistas, así como del contexto en el que se expresan, ¿suponen inmediatamente una aplicación del Derecho, en particular del Derecho Penal? Nada resulta menos evidente.

Los actos de negligencia pueden hoy dar lugar a responsabilidad de su autor, en

⁶⁶ V. Art 222-33 C.P. (mod L. 17 enero 2002).

⁶⁷ V. Art 222-33-2 C.P. (introd. L. 17 enero 2002).

⁶⁸ V. contra Crim. 12 enero 2000, Bull, crim, 2000, p., que no exige que el acto sea válido ni que el daño se haya realizado. Acerca de esta infracción “formal” V. V. Malabat, *Droit pénal spécial*, Ed. Dalloz, Coll. Hypercours, 2003, pag. 290 y sigs.

todas las ramas del derecho afectadas⁶⁹. Constitutivos de infracciones “no intencionales”, se “supone” realizadas sin intención y, generalmente, sin que su autor haya buscado ningún resultado. En los textos jurídicos, como con ocasión de su interpretación por los tribunales competentes, los actos de negligencia parecen haber sido absorbidos por las “imprudencias” que les preceden siempre en el enunciado de las características de la culpa no intencional, civil o penal.

El Código Penal considera la culpa penal (también calificada como imprudencia o no intencional), sin definirla de manera precisa, como la cometida “por imprudencia, negligencia o incumplimiento en general de una obligación de prudencia o de seguridad prevista por la ley o el reglamento”⁷⁰. Con ocasión de la calificación especial de estas infracciones “no intencionales”, el legislador tiene también en cuenta la torpeza y la falta de atención.

La imprudencia es a menudo definida como la falta de prudencia por parte de quien realiza un acto particular sin retención ni moderación. La negligencia consiste más bien en no tener en cuenta, en la falta de cuidados, en abstenerse de realizar un acto que se debería haber realizado. La torpeza es la falta de habilidad, tanto desde el punto de vista manual como del intelectual. La falta de atención puede por sí misma hacer incurrir en culpa por ausencia de atención, de concentración.

⁶⁹ En ausencia de hechos constitutivos de infracción o en caso de que no sean tenidos en cuenta por lo penal, la responsabilidad civil sigue siendo posible para una persona física autora por imprudencia (art 1383 C. Civ. 13), en su condición de guardián de la cosa (art. 1384 párr. 1º C. Civ. 13) o de comitente (art. 1384 párr. 5). En el mismo sentido, puede darse responsabilidad contractual para la reparación de un daño que halla su origen en la inobservancia de una obligación nacida de contrato, entre el establecimiento y la persona mayor victimizada por ejemplo (art. 1147 C. Civ.).

⁷⁰ V. art. 121-3 C.P. « No hay crimen ni delito sin intención de cometerlo. (párr.1). Sin embargo, cuando la ley lo prevea, habrá delito en caso de puesta en peligro deliberada de la persona ajena. (párr. 2). Asimismo habrá delito, cuando la ley lo prevea, en caso de imprudencia, de negligencia o de incumplimiento de una obligación de prudencia o de seguridad prevista por la ley o por el reglamento, si se prueba que el autor de los hechos no observó la normal diligencia, a la vista, en su caso, de la naturaleza de su misión o de sus funciones, de sus competencias, así como de las facultades y de los medios a su alcance (párr. 3). En el caso previsto en el párrafo anterior, las personas físicas que no hayan causado directamente el daño, pero que hayan creado o contribuido a crear la situación que haya permitido su realización, o que no hayan adoptado las medidas que hubieran permitido evitarlo, serán responsables penalmente si se prueba que, o bien violaron de forma manifiestamente deliberada una obligación especial de prudencia o de seguridad prevista por la ley o por el reglamento, o bien incurrieron en culpa calificada y que expuso a otro a un riesgo de especial gravedad que no podían ignorar (párr.4). No hay falta en caso de fuerza mayor. (párr. 4)”; art 1382 C.Civ. “Cualquier hecho humano que cause a otro un daño le obliga a repararlo por la culpa cometida”.

Todas estas formas de actuación, comisivas u omisivas, presentan en común el haber provocado consecuencias dañosas para la víctima. Todas ellas son manifestación de una “voluntad descuidada”⁷¹, del fallo flagrante en la preocupación por la persona mayor victimizada, de la indiferencia social más o menos impuesta a su respecto como en cuanto a las reglas sociales y culturales dominantes. Colocado en esa misma situación, un individuo avisado (“el buen padre de familia”) que, por definición, se hallara en “ese cierto estado de tensión moral correspondiente a las circunstancias”⁷², no habría adoptado ninguna de estas formas de actuación. Muy recientemente, esta apreciación in abstracto ha sido de nuevo cuestionada por el legislador (Ley del 13 mayo 1996 y Ley del 10 julio 2000), aun cuando sin gran influencia sobre la jurisprudencia dominante, con objeto de que se tenga en cuenta las circunstancias del caso (apreciación in concreto). En este sentido, será personalmente responsable el autor que no haya observado la diligencia normal, a la vista, en su caso, de la naturaleza de sus funciones, de sus competencias así como su poder o los medios de los que disponía.

Los límites de la culpa penal por imprudencia han evolucionado mucho estos últimos años. En primer lugar, el legislador ha separado los destinos, hasta ese momento unidos, de la culpa penal y de la culpa civil por imprudencia. La absolución en el plano penal no exime de la obligación de reparar por lo civil. Si bien los autores parecen divididos respecto del alcance de esta evolución, todos destacan la voluntad del legislador de despenalizar los actos de negligencia menos graves⁷³.

En segundo lugar, en lo sucesivo la culpa penal por imprudencia y negligencia se estructura en tres niveles de gravedad, cuya apreciación y aplicación son objeto de matización por la doctrina, a partir de la distinción entre imprevisión inconsciente y consciente. La culpa penal simple (por muy mínima que sea, siempre que sea directa) permanece intacta: ni el daño ni el acto, por definición involuntarios (el autor no ha previsto las consecuencias o no ha observado toda la diligencia necesaria para evitarlo), exoneran al autor de responder. La culpa penal cualificada, a diferencia de la culpa simple, supone que el autor expone al otro a un riesgo de particular grave-

⁷¹ V. C. Lombois, *Droit pénal général*, Ed. Hachette, Coll. *Les fondamentaux*, 1994, pag. 67.

⁷² P. Fauconnet, citado por R. Merle, A. Vitu, *Traité de droit criminel. Droit pénal général*, Ed. Cujas, 7^e ed. 1997, pag. 760; V. igualmente V. Malabat, *Appréciation in abstracto, appréciation in concreto en droit pénal*, Tesis, Univ. Montesquieu, Bordeaux IV, 1999, 461 p.

⁷³ V. art. 4-1 C.P.P.; Comp. Art. 470-1 C.P.P.

dad que no podía ignorar. La culpa penal deliberada aparece en el límite de la falta intencional: el autor, perfectamente consciente de la posibilidad del resultado, incluso aun cuando rechace su materialización, expone directamente a otro a un peligro, violando una obligación particular de prudencia o de seguridad prevista por la ley o el reglamento. Sucede lo mismo para quien ha creado o contribuido a crear la situación que permitió la realización del daño o no ha tomado las medidas que permitían evitarlo⁷⁴.

Así se castigan los ataques involuntarios contra la vida⁷⁵, los ataques voluntarios contra la integridad de las personas, cuya represión depende de la gravedad de los daños sufridos por la víctima: incapacidad total de trabajo superior o inferior a tres meses⁷⁶, véase en materia de faltas de segunda categoría sin ITT. En todas estas infracciones, las penas se agravan cuando los daños provienen de una puesta en peligro deliberada de otro⁷⁷. En el mismo sentido, es punible el hecho de exponer directamente a otro a un riesgo inmediato de muerte o de lesión susceptibles de producir mutilación o incapacidad permanente, por violación manifiestamente deliberada de una obligación particular de seguridad o de prudencia impuesta por ley o reglamento⁷⁸. La eventual vulnerabilidad de la persona de la víctima es indiferente para la represión de todos los actos cometidos por imprudencia o negligencia. Es

⁷⁴ V. not. R. Merle, A Vitu, op cit, p. 750 y sig.; J.H. Robert, *Droit Pénal Général*, PUF/Thémis, 36^e éd. 1998, pag 312 y sig.; M.L. Rassat, *Droit pénal général*, PUF, Coll. *Droit Fondamental*, 2^a éd. 1999, pag. 355 y sig.; G. Stéfani, G. Levasseur, B. Bouloc, *Droit pénal général*, Ed. Dalloz, 18^a éd. 2003, pag. 240 y sig.; J. Leroy, *Droit Pénal Général*, L.G.D.J., 2003, pag 240 y sig.; Y. Mayaud, *Retour sur la culpabilité non intentionnelle*, en *Le Dalloz*, Chron., 2000, págs. 603-609; S. Petit, *Une nouvelle définition des délits d'imprudence*, en *Gaz. Pal.*, 2000, págs. 1171-1181; M.F. Steinfé-Feuerbach, *Les délits non intentionnels au regard de la Loi du 10 julio 2000*, en *Journal des Accidents et des Catastrophes*, 2001-14, <http://www.iutcolmar.uha.fr>; G.- Giudicelli-Delage, *La sanction de l'imprudence*, en *La sanction du Droit. Mélanges offerts à Pierre Couvrat*, PUF/Facultad de Derecho de Poitiers, 2001-39, pag 523-536; V. Art.121-3 C.P. anteriormente citado; A. Ponselle, *La faute caractérisée en droit pénal*, en *R.S.C.*, 2003-1, pp 79-90; Y. Mayaud, *Violences involontaires et responsabilité pénale*, Dalloz Référence, 2003, 418 págs.; V. recientemente *Crim.* 11 junio 2003, en *Actualité juridique pénal*, 2003-1, nota J. Leblois-Happe, págs. 24-25.

⁷⁵ V. Art.221-6 C.P.

⁷⁶ V. Art. 222-19 y R 625-2 C.P.

⁷⁷ V. Art. 221-6, al.2, 222-20, R. 625-3 C.P.

⁷⁸ V. Art. 223-1 CP.

importante recordar que cuando estos hechos de imprudencia o de negligencia tienen naturaleza de contravención⁷⁹, la simple constatación de la materialidad de los hechos vale como presunción de culpa⁸⁰.

La represión y/o la reparación de las imprudencias o negligencias cometidas en perjuicio de personas mayores presupone(n) una culpa no intencional de su autor (persona física o jurídica⁸¹), un daño realizado y evaluado (salvo en caso de simple puesta en peligro deliberada de otro) y una relación de causalidad (que, en realidad, no supone necesariamente que la culpa “haya sido exclusiva, directa e inmediata”) que las una. Pero, en la realidad, los actos de negligencia se traducen raramente en un acto positivo, o de omisión, inmediatamente dañoso y evaluable para la víctima potencial. Y frente a lo que sucede en materia de culpa intencional, las violencias psíquicas, aunque sean consecuencia ineludible de los actos de negligencia, ataques contra la dignidad de la persona, no están reconocidas por nuestro derecho.

No puede sino sorprender las dudas del Derecho penal con respecto a la incriminación clara de las violencias psicológicas cuando, sean las víctimas menores, mayores u otras personas vulnerables, está probado que causan consecuencias traumáticas en las víctimas, múltiples veces evaluadas por los expertos y por los investigadores. ¿Hay que concluir que al legislador penal (conocido por su generosidad inflacionista), al igual que al poder reglamentario (celoso de sus iniciativas a fustigar la inseguridad cuanto menos criminal) no les preocupan estas personas especialmente vulnerables? Y, si éste es el caso, nos quedamos convencidos de que es más por desconocimiento del problema que por una posición negativa al reconocimiento de malos tratos de los que son víctimas las personas mayores, cuya gravedad contrasta fuertemente con la débil eficacia de las sanciones jurídicas en el terreno tan complejo de la humanidad.

En resumen, el Derecho –en todo caso, en teoría– no parece olvidar los derechos de las personas mayores víctimas de violencia, incluida la involuntaria⁸². Es cierto

⁷⁹ V. Not. Art. R 622-1, 625-2 C.P.

⁸⁰ V. acerca de estas diferentes infracciones not. M .Veron, *Droit pénal spécial*, Ed. A. Colin, 8ª ed. 2001. Pag 66 y sig.; V. Malabat, op. cit., pag 53 y sig.

⁸¹ V. Art 221-7, 222-21, R 625-3, R.622-1 C.P.

⁸² V. not. A. Terrasson de Fougères, *La maltraitance des personnes âgées*, en R.D. sanit et soc., 2003-39-1 págs. 176-186.

que los actos de negligencia (tanto pasiva como activa) no son objeto de tipificación especial, pero el principio general según el cual se es responsable de los hechos cometidos por imprudencia o negligencia debería ser suficiente para llevar a cabo la persecución según el caso, en lo penal, en lo civil, en el derecho sanitario y social o bien en el derecho laboral. Por lo tanto la realidad es realmente sorprendente. ¡Hasta tal punto que la pregunta sobre la existencia misma de un derecho a no cuidar a los mayores más vulnerables, dada la sorprendente tolerancia social continúa siendo resueltamente pertinente! ¿Cuándo llegará el momento de la puesta en marcha de programas ambiciosos de prevención de estos ataques inaceptables de los derechos fundamentales y de las necesidades de la vida cotidiana de personas tan vulnerables?

III. El buen trato a los mayores

La consulta de las series estadísticas demográficas disponibles o de los subsiguientes comentarios catastróficos por parte de la doctrina parece anunciar, a veces sin muchos matices, un predominio gerontocrático inminente. 2011 es mañana: las personas de más de 60 años serán más numerosas que las de menos de 20. En el 2050, las de más de 60 años representarán 1/3 (35,1%) de los franceses, frente al cerca de 20% de hoy en día y los menores de 20 años, un 20,1%. A nivel mundial, de 6.000, los centenarios pasarán a 150.000. Este envejecimiento inevitable de la población, este “papyboom” o este “mamyboom” como se quiera, no va a mejorar la situación de los mayores vulnerables; y, con carácter más general, el riesgo de estigmatización de los mayores de 60 años será grande. Ciertos comentaristas han reprochado ya el coste demasiado elevado de las pensiones y de los cuidados para el presupuesto nacional; otros señalan incluso que la mayor disponibilidad de las generaciones jóvenes con respecto a los mayores será también causa de un descenso de la natalidad. Cabe ya imaginar la precariedad del equilibrio entre vejez y juventud, cuando se sabe que además los mayores representan un tercio del censo electoral. Por lo tanto, será necesario transformar los conflictos generacionales en intercambios constructivos, dejando de considerar las relaciones entre las edades en términos de ayuda de una generación a la otra e inventando, más bien, una nueva

manera de vivir armoniosamente juntos, entre el abandono socioafectivo, el ghetto institucional y las “sun cities” californianas prohibidas a menores de 55 años⁸³.

Por ahora, más de 12 millones de franceses han pasado la edad de 60 años; las personas de más de 75 representan el 4,5% de la población, y las de más de 85 cerca del 2%⁸⁴. Más del 90% de las personas de más de 75 años, más del 75% de aquellas que tienen más de 85, viven en su domicilio. Por primera vez en Francia, cuatro generaciones de personas coexisten en el seno de una misma familia y dentro de poco habrá más abuelos que nietos.

En lo que concierne más específicamente a las personas con pérdida de autonomía, fuente de dependencia de la que ya se sabe que supone un factor de riesgo elevado de victimización, de los 12 084 000 de personas mayores de 60 años, se estima su número en 1,3 millones –cerca de un 10% del total– que, por lo que respecta a su lugar de residencia, se distribuyen del modo siguiente: 39% en establecimientos especializados; 33% en su domicilio; 28% en familiar⁸⁵. De entre estas personas el Ministerio de Asuntos Sociales considera que 670 000 (de las que un 49% viven en instituciones) se benefician de la nueva APA (Ayuda por pérdida de autonomía) aplicable desde el 1º de enero 2002⁸⁶.

La situación es, por tanto, muy preocupante⁸⁷. Por esta razón resulta urgente actuar consolidando de manera notable lo existente, a dos niveles bien distintos, a fin de yugular las victimizaciones sobre los mayores: a través de la sensibilización de todos y mediante un apoyo sustancial a los mayores y a sus cuidadores. Estas

⁸³ V. J.M. Elchardus, op. cit., págs. 125-126; B. Prél, *Le choc des générations*, Ed. La découverte, 2000, Coll. *Les Cahiers libres*, 256 págs.; M. Huret, *Que faire pour nos vieux parents?*, en *L'Express*, 19 oct 2000, pag 102-114; *La France et ses vieux*, en *Le Monde*, op. cit., 8 págs.

⁸⁴ V. *Le Monde* 28 mars 2001/11.

⁸⁵ V. G. Ferrey, *Personnes âgées et domicile, Dossier en Soins gériatologiques*, 2000-22, págs. 4-17.

⁸⁶ La Prestación Específica de Dependencia se aplicaba a 135.000 personas y la Ayuda compensatoria para terceras personas a 40.000; la ayuda por pérdida de autonomía fue creada por ley de 20 de julio 2001, V. D. de 21 de noviembre de 2001, en el B.O. del 21.

⁸⁷ Y esto concierne tanto a los países desarrollados como a los países en vías de desarrollo, V. E.G. Krug (Dir.), *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, op. cit, pág. 139 «De aquí al 2025, el segmento de la población mundial de más de 60 años debería más que doblarse, para pasar de 542 millones de personas en 1995 a cerca de 1,2 billones de personas. Paralelamente, el número total de personas mayores residentes en los países en vías de desarrollo hará más que doblarse para llegar a la cifra de 850 millones, es decir, un 12 % de la población del tercer mundo».

acciones parten de una verdadera necesidad ética: el buen trato de nuestros conciudadanos más vulnerables.

A- Romper el silencio

De la sensibilización de todos puede nacer la esperanza de ver desaparecer la violencia de la ignorancia, la violencia de la indiferencia⁸⁸. La prevención sigue siendo la estrategia esencial: hay que actuar sobre todos los factores de riesgo, a menudo en interacción compleja y dinámica desde los niveles socioeconómico, psicológico y del entorno⁸⁹. Pero la cuestión es tan grave que es importante no abandonarla únicamente a los expertos e intervinientes profesionales. Una auténtica educación en la solidaridad, intergeneracional y social, debe proponerse al conjunto de la población. Romper el silencio consiste pues en activar las políticas públicas y asociativas de la vida, tanto a nivel nacional como local.

1. A NIVEL NACIONAL

Como en muchos otros ámbitos, el Consejo de Europa ha jugado un papel precursor en materia de violencia en el seno de la familia. La Recomendación R(85)4⁹⁰ sobre la “violencia en el seno de la familia”, al igual que la Comisión de “Violencias contra las personas mayores en el seno de la familia” reunida de 1989 a 1991⁹¹, constituyen fuentes pertinentes de inspiración.

La reciente creación en Francia de una Secretaría de Estado para las personas mayores demuestra también la sensibilidad del Gobierno respecto a la cuestión fundamental del futuro de la vejez. En efecto, muchos estudios o informes oficiales han señalado la necesidad de una política global coherente hacia los mayores en gene-

⁸⁸ V. en este sentido R. Moulías, S. Meaume, L. Girard, *Maltraitance des hommes*, en *Gérontologie et société*, 2000-92, págs. 95-101; E. Podnieks, E. Baillie, *La formation et l'éducation comme moyens de prévenir les mauvais traitements et la négligence à l'endroit des personnes âgées*, en, M.J. MacLean, op. cit., págs. 113-130; V. R. Cario, op cit., 2002, pag. 88 y sigs.

⁸⁹ V. En este sentido, J. Kosak, T. Elmslie, J. Verdon, *Perspectives épidémiologiques des mauvais traitements et de la négligence à l'endroit des personnes âgées*, en Mac-Lean, op cit, págs. 175-190.

⁹⁰ Strasburgo, multigraph, 1986, 16 págs.

⁹¹ V. not. I. Hydle, *La violence au sein de la famille à l'échelle continentale*, en Bull. Acad. Nat. De médecine, 1991-5, pp 735-742.

ral⁹², con un interés, más particular, por los “mayores enfermos discapacitados”, según la expresión de Robert Moulias quien rechaza la de “personas mayores dependientes”⁹³. Por tímida que sea, la acción de la nueva oficina de protección de las personas vulnerables en el seno de la Dirección general de Acción Social muestra la voluntad política actual pero aparece fuertemente limitada por la debilidad (endémica) de los medios puestos a su disposición. Para vencer esta “epidemia silenciosa”, es importante sobre todo:

- Crear un Instituto nacional del envejecimiento encargado de promover y de reforzar las políticas sanitarias, sociales y culturales aplicadas en beneficio de las personas mayores;
- Dar fuerza legislativa a la “Carta del paciente hospitalizado”⁹⁴ y, sobre todo, a la de la Fundación nacional de Gerontología relativa a los “Derechos y libertades de la persona mayor dependiente”, hoy de aplicación confidencial. La publicación en Boletín Oficial de 9 de octubre 2003 de la Carta de derechos y libertades de la persona acogida viene a paliar en alguna medida esta laguna. En línea con la Carta canadiense de los derechos y libertades de la persona, resulta urgente aprobar disposiciones específicas destinadas a asegurar para las personas mayores o discapacitadas una protección contra “la explotación”, entendida en su sentido más amplio cuando dependen de otro para asegurar sus necesidades básicas o cuando son más vulnerables en el plano psicológico, social o cultural. Para hacer respetar y promover estas cartas, es importante ligarlas a una Comisión dotada de un poder de investigación, de intervención de urgencia y, en su caso, de capacidad para hacer intervenir a las autoridades judiciales competentes, del mismo modo que la “Comisión de los derechos de la persona y de los derechos de la juventud” de Quebec⁹⁵,
- Multiplicar las campañas de sensibilización utilizando como instrumento todos los medios de comunicación disponibles, en todos los campos que tengan que ver

⁹² El Consejo de Europa ha abierto pertinentemente la vía, V. not. La Recomendación R (85)4 sobre “la Violencia en el seno de la familia” (Estrasburgo, 1986, 16 págs) o la Recom. R(90)2 sobre “Les mesures sociales concernant la violence au sein de la famille”(www.coe.fr), así como los trabajos de la Comisión “La violence à l’égard des personnes âgées”(1992, 101 págs.).

⁹³ R. Moulias et al. , op. cit., pag 101.

⁹⁴ Anexionada a la circular 95-22 del 6 de mayo de 1995.

⁹⁵ [Http: //www.cdpdj.qc.ca](http://www.cdpdj.qc.ca).

con el estatuto y el acompañamiento de los mayores, bajo diferentes formas: posters, folletos, inserciones en prensa, conferencias, grupos de discusión, etc.;

- Educar al público más joven con el objetivo de: sensibilizarlo hacia la vejez, el envejecimiento y la muerte; reforzar el vínculo social transgeneracional que hoy en día se halla muy debilitado; combatir todas las formas de marginalización social respecto de las personas vulnerables;
- Conocer mejor el fenómeno a nivel nacional mediante la realización, en particular, de verdaderas encuestas de victimización. La creación de un Comité nacional de vigilancia contra el maltrato de las personas mayores parece seguir este camino. Su misión será contribuir a la definición, a la aplicación y al seguimiento de la política de prevención y lucha contra el maltrato de las personas mayores⁹⁶;
- Favorecer la investigación universitaria sobre protocolos de diagnóstico, seguimiento, denuncia, evaluación e intervención en esta materia y hacer públicos los resultados obtenidos, dentro de una estrategia verdaderamente pluridisciplinar; a tal efecto se impone la creación de una especialidad de psicogeriatría⁹⁷;
- Hacer efectiva la reforma de la coherencia de los regímenes de protección jurídica para con los mayores vulnerables (defensa judicial, tutela y curatela) y dar continuación, con seriedad, a los recursos puestos en manos de la justicia (penal o civil principalmente), en el respeto de los derechos de las víctimas y sus allegados⁹⁸.

2. A ESCALA LOCAL

Como es natural, estas políticas deben encontrar plasmación y desarrollo a nivel local, lo más cerca posible de las realidades cotidianas que viven los mayores. En este sentido, se hace especialmente indispensable:

- Prolongar las campañas nacionales de sensibilización movilizándolo a los actores

⁹⁶ V. decisión del 16 de noviembre 2002, B.O., 2002-49; social.gouv.fr.

⁹⁷ V. not. en M. MacLean, *Mauvais traitements auprès des personnes âgées; stratégies de changement*, op. cit., la contribución de M. Beaulieu y L. Belanger (*Intervención en las instituciones de cuidados de larga duración concernientes a los malos tratos para con las personas mayores*, págs. 49-62), E. Watson y Coll. (*Politiques relatives aux mauvais traitements et à la négligence à l'endroit des canadiens âgés en institutions*, págs. 91-107) de M.J. Jones (*Portée et définition des mauvais traitements et des négligences à l'endroit des personnes âgées au Canada*, págs. 151-157); L. Ploton, *La personne âgée*, op. cit., pag 11 y sig.

⁹⁸ V. not. acerca de estos derechos, R. Cario, *Victimología*, op. cit., vol 1, pag 143 y sig., Vol 2, pag 73 y sig.

institucionales, asociativos y a los investigadores;

- Hacer operativa la creación de Comités de pilotaje departamentales en beneficio de las personas vulnerables, cuyas misiones pluridisciplinares de peritaje, evaluación y de diseminación de buenas prácticas contribuirían a la promoción del bienestar de las personas mayores y a la prevención de toda victimización a su respecto⁹⁹;
- Acelerar la territorialización, lo más cercana de la población (urbana y sobre todo rural), de los Centros locales de Información y de coordinación gerontológica (CLIC), permitiendo una representación efectiva de todos los servicios (Públicos y asociativos) dedicados a la ayuda y al acompañamiento psicológico y social de los mayores vulnerables¹⁰⁰;
- Sistematizar la red de escucha, acogida, de ayuda y de acompañamiento social, psicológico y médico, con el fin de asegurar una verdadera gestión pluridisciplinar de los casos con independencia de que la atención sea en el domicilio o en una institución. Es preciso, en efecto, convencerse de que sólo a través de un abordaje resueltamente global es posible prevenir, intervenir y tratar la complejidad humana de la victimización de los mayores. En este sentido, es importante reforzar la colaboración entre los organismos de intervención y la red asociativa de ayuda a las víctimas del INAVEM (que cuenta con 150 Servicios repartidos por todo el territorio). Igualmente la experiencia adquirida y la calidad de las respuestas aportadas por las 40 antenas de la red ALMA deben llevar a su implantación sobre el conjunto del territorio. Cuando se producen consultas en línea deben crearse vínculos¹⁰¹ con los Servicios de ayuda a las Víctimas y su red de colaboradores especializados;
- Ofrecer estructuras de acogida de urgencia y organizar grupos de apoyo en beneficio de los mayores víctimas.
- Reactivar las redes de sociabilidad de los mayores a fin de romper su aisla-

⁹⁹ V. not. C. Loubiès, op. cit. Pag 5 y sig.

¹⁰⁰ Creados en 2000 por Circular, disponen ya de base legal gracias a la Ley del 20 de junio 2001 (V. igualmente L. 2 enero 2002); a finales del 2002 se contabilizan 272 (sobre los 1.000 previstos para 2005), repartidos en 87 departamentos.

¹⁰¹ V. nota las webs: multimania.com/papidoc ; afpap.org , rifvel.org ; agevillage.com.

miento social. Un estudio reciente del INSEE (tabla 3) observa una pérdida real de la sociabilidad de las personas mayores con respecto a su entorno (antiguos colegas de trabajo, amigos, vecinos, comerciantes y servicios), que aumenta con la edad¹⁰².

- Por el contrario los vínculos con los hijos y los nietos siguen siendo más estables: cerca de dos interlocutores semanales. Esta reactivación de la solidaridad familiar es muy interesante porque está demostrado que “las personas mayores que, en el pasado, han cuidado de la generación anterior, hoy desaparecida, reciben cuidados por parte de sus hijos con mayor frecuencia que las demás”¹⁰³. Además hay que señalar la atención que conviene prestar a los cuidadores familiares, todavía calificados como naturales;
- Formar y reclutar a personas mayores, como preconiza la Organización Mundial de la Salud¹⁰⁴, apoyándose en programas prometedores, para llevar a buen puerto las políticas locales destinadas al acompañamiento de los mayores más vulnerables, y no sólo a través de la cómoda fórmula del voluntariado.

B- Apoyar al mayor y a sus cuidadores

A partir de las experiencias sobre el terreno –de las cuales algunas son manifiestamente ricas, otras notoriamente insuficientes– y de los trabajos científicos¹⁰⁵, es

Tabla 3

INTERLOCUTORES SEMANALES

	Personas de 60 a 64 años	Personas de 80 años y más
Mujeres	8,2	5,1
Hombres	7,4	5,3

¹⁰² M. Blanpain et al., *La sociabilité des personnes âgées*, INSEE première, 1999-644, 4 pág.

¹⁰³ C. Attias-Donfut, *Familles: des générations solidaires*, en *Sciences humaines*, Ed. Especial 2001-33, págs. 30-34; C. Attias-Donfut, M. Segalen, *Grands-parents. La famille à travers les générations*, Ed. O. Jacob, 1998, 330 págs.

¹⁰⁴ Ibid., págs 157-159; V. En este sentido M. Reis, D. Nahmíash, *Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. Un manuel d'intervention*. Les Presses de l'Univ. De Laval, 1998, pag 75 y sigs.

¹⁰⁵ Sobre su complementariedad, V. not. M. Beaulieu, S. Gravel, M. Lithwick, *La recherche en partenariat sur les mauvais traitements envers les personnes âgées: une expérience éthique en action*, en *Le Gérontophile*, 1996, Vol. 18-3, págs. 26-34.

importante consolidar las buenas prácticas y promover las iniciativas pertinentes aportando ayuda –entendida en un sentido amplio– adaptada a los interesados: el mayor, los cuidadores naturales y los cuidadores profesionales.

1. AYUDAR AL MAYOR

El conjunto de ayudas se dirige hacia el mayor, desde que su situación personal las requiere. Las campañas de sensibilización evocadas anteriormente lo habrán informado, al igual que a su familia, sobre los tipos de victimización que pueden afectarle, los medios socioeconómicos disponibles y los recursos susceptibles de movilización en el plano social, sanitario y jurídico. Es importante recordar que cerca de nueve personas de cada diez de más de 75 años viven en su casa o en casa de un miembro de su familia¹⁰⁶.

Lo esencial consiste entonces en situar siempre al mayor, ciudadano y/o paciente libre¹⁰⁷, en el centro de los dispositivos aplicados, ofrecerle alternativas y libertad de elección, puesto que es del futuro de su propia vida lo que está en juego. La vejez no es una enfermedad sino una situación en ocasiones crítica, pero en todo caso evolutiva y dinámica. La expresión de la palabra de la persona mayor sobre todo lo que le acontece parece algo verdaderamente fundamental, en particular para contener la emoción que le embarga por causa de la muerte anunciada que se acerca de manera ineluctable o cuando el duelo del “uno mismo” es inevitable¹⁰⁸. Según su estado de dependencia, el mayor necesitará una ayuda financiera que le permita afrontar las dificultades de carácter material que encuentre: desde la satisfacción de las necesidades elementales de la vida cotidiana hasta el acondicionamiento de su lugar de residencia. Es importante simplemente hacerle fácilmente asequible el acceso a los lugares donde se le puede facilitar ayuda, tanto por lo que concierne a los organismos pagadores como a los que prestan servicios.

¹⁰⁶ V. Francia *cara a sus viejos*, op. cit., pág VI.

¹⁰⁷ Sobre estos aspectos, v. not. *Une société pour tous les âges. Informe del Comité de Pilotaje del año internacional de las personas mayores*, multigraph., Ministerio de Asuntos Sociales, 1999, 85 págs.; J.J. Amyot, A. Villez, *Risque responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Ed. Dunod, Coll. Action Sociale, 2001, pag. 21 y sig.; E. Dos Santos, *A propos du statut socio-politique des aîné(e)s*, en *Actes des XVIIIèmes Assises Nationales des Associations d'Aide aux victimes*, op. cit.(2003) pp 171-180.

¹⁰⁸ A. Quaderi, *Dificultades y paradojas de la acción preventiva en gerontología*, In *journal des Psychologues*, 2000-10, págs. 45-50; J Chabert y al., *Vivir en la gran edad. Angustia y ambivalencia*, ed. Autrement, Col, essais, 2001, 191 y sig.s.

2. AYUDAR A LA FAMILIA

La familia tiene un papel considerable en lo que se refiere al acompañamiento de las personas mayores¹⁰⁹, permanezcan en su propio domicilio o vivan en el hogar de un hijo o de un pariente próximo. El “cemento de la solidaridad familiar” está en efecto “ampliamente compuesto de intercambios, de deudas y de reciprocidades”¹¹⁰. Con este mismo espíritu a la educación de los padres debe responder la inducción recíproca de las generaciones más jóvenes¹¹¹. El papel de la hija, particularmente notable en el terreno, sigue siendo a menudo delicado, cuando se ve “atrapada” entre tres o a veces cuatro generaciones... y demandada por todos¹¹². También la familia cuidadora debe poder obtener consejo y asistencia sobre el cuidado del padre o del abuelo. Su acceso a los dispositivos de ayuda debe ser igualmente facilitado, en función de su situación familiar o profesional¹¹³ personal.

El respeto del “derecho al descanso” debe estar fuertemente consolidado a través de la puesta en marcha de estructuras de acogida temporal. Es necesario recordar que 2/3 de las personas confinadas en cama o en silla de ruedas permanecen en el domicilio y 8 de cada 10 son ayudadas por su familia¹¹⁴. Es más, la familia debe poder beneficiarse de un apoyo psicológico y social en caso de problemas puntuales o cuando se prevé el internamiento de la persona hasta ese momento a su cui-

¹⁰⁹ V. not. P Breuil-Genier, *Ayudas a las personas mayores dependientes: la familia interviene más que los profesionales*, In *Economie et statistiques*, 1998, 316-317.

¹¹⁰ V. C Attias-Donfut, op. cit., pag 33.

¹¹¹ V. al respecto ML Martinez “El maltrato intergeneracional: aclaraciones de antropología relacional” que pertinentemente señala que si educar es etimológicamente nutrir y llevar hacia el exterior, inducar podría designar la ayuda, los cuidados, que consisten en (re)acompañar hacia el corazón y el centro”, In. INAVEM (dir), la victimización de los mayores, op. cit., págs. 49-51.

¹¹² V. not. M Cognalons-Nicolet, A Bardet-Blanchet, *Cuidar a los padres: ¿cuáles son los riesgos de la relación madre-hija?*, In INAVEM (dir), op. cit., págs. 1951-169.

¹¹³ V. not. Las políticas de gestión “work life” practicadas por ciertas empresas estadounidenses para ayudar a sus asalariados a asistir a sus padres dependientes (consejo social, ayuda psicológica, ayuda financiera puntual, la puesta en marcha de redes de ayuda...). Este incremento de actividades para los asalariados ocasiona retrasos, ausencias, jubilaciones anticipadas, cuyo coste para las empresas se estima en 11.4 millones de \$, 3n *Le Monde*, 6 febrero 2001, pag 10.

¹¹⁴ V. Francia cara a sus viejos, op. cit. , Pag 6.

dado. El ingreso en la institución debería ser vivido, en efecto, por todos como una respuesta aceptable a la nueva situación de dependencia y no como una renuncia trágica¹¹⁵ o una situación de hecho desesperada¹¹⁶.

3. AYUDAR A LAS INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS EN LA ACOGIDA DE LOS MAYORES

En vista del incremento de la población de personas mayores de 60 años, de las que sabemos que un 10% es dependiente, conviene multiplicar los lugares de acogida a un ritmo muy constante¹¹⁷. Hoy en día, entre las personas de más de 60 años, 480.000 viven en residencias de ancianos, 157.000 en albergues de acogida y 77.000 en servicios de cuidados hospitalarios de larga duración¹¹⁸. Este inevitable incremento del número de camas obligará a un muy serio control por parte del Estado o de las colectividades territoriales respecto de las habilitaciones acordadas para tales establecimientos¹¹⁹. El precio por jornada deberá permitir a la institución cumplir en las mejores condiciones su triple función: hotelera, hospitalaria y social. Con un poco de flexibilidad, el dispositivo de inspección de las autoridades de tutela no deberá acantonarse en las estrictas lógicas financieras y contables sino que deberá sobre todo asegurarse del respeto de los principios esenciales del buen trato de los pensionistas.

Nunca se insistirá suficientemente sobre la atención que se debe prestar a la higiene y la seguridad de los locales, el acondicionamiento de los espacios vitales priva-

¹¹⁵ G Ferrey, *Psicopatología de la persona mayor en el domicilio*, en *Soins gérontologiques*, 2000-22, págs. 4-7; del mismo autor, *¿En tales circunstancias el lugar de residencia se vuelve inhospitalario?*, ibid, págs.8-17; R Hugonot, *¿Existen instituciones por encima de toda sospecha?*, en *Gérontologie et Société*, 200-92, pág. 59-65.

¹¹⁶ Es importante, en efecto, recordar que, según las estadísticas sanitarias, el 30% de los que entran en Residencias de ancianos mueren durante el año.

¹¹⁷ En este sentido, entre 1996 y 2002, el aumento del número de plazas en establecimientos fue del 1% mientras que la población de más de 75 años creció un 3%. V. estudios y resultados, 2003-263, 8 págs.

¹¹⁸ V. *Francia y sus viejos*, op. cit., pág VI; trasladado a la población francesa de más de 75 años, el número de plazas creadas es de 150 por cada 1000 personas (de las cuales el 60% del sector público), siendo la tasa más alta en el norte de Francia, Eod. Loc.

¹¹⁹ Comp. M. Berthel, *Entre excès de suspicion et négligence*, en *Gérontologie et Société*, 2000-92, pags. 113-119.

dos y colectivos¹²⁰, la calidad de los cuidados, el mantenimiento de las relaciones familiares y de la vida cultural de los residentes¹²¹. Más que en ningún otro sitio, la persona internada en una institución debe participar al máximo posible, tanto como se pueda, en las decisiones relativas a la comunidad de vida, en actividades (domésticas, culinarias, de jardinería...), en grupos de ocio y culturales. Esta implicación en “un proyecto de vida” no sólo constituye una manera eficaz de lucha contra la apatía sino que permite también, entre otros factores, prevenir la depresión¹²².

Los diversos tipos de personal deben contar con el número necesario para permitir la personalización de los cuidados y, sobre todo, una alternancia equitativa y frecuente en las tareas más penosas. Y desde este punto de vista, el saldo no es nada positivo en Francia: por media, en las residencias de ancianos el índice es de un 0.4 de personal por residente, frente al 0.8 en Gran Bretaña y el 1.2 en Suiza¹²³. En estas condiciones, no puede sorprender que la confrontación permanente con la vejez y muerte pueda generar en el personal falta de interés, dejadez y/o agotamiento. De este modo, los riesgos de victimización aumentan notablemente.

En la misma línea, toda institución debe tener un proyecto real de cuidados y de acompañamiento, aplicados por profesionales formados y motivados, en el marco de una organización concertada del trabajo.

4. AYUDAR A LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES

Sea a domicilio o en institución, los “acompañantes” también deben ser respetados: su derecho a ejercer su trabajo con dignidad y seguridad es absoluto¹²⁴. La formación adaptada a las respectivas especialidades profesionales de cada uno debería permitir la organización de las prácticas en torno a tres principios deontológicos

¹²⁰ V. , con todo, P.Y..Malo, *Des conduites sécuritaires au risque de maltraitance*, en *Gérontologie et société*, 2000-92, pp.135-150; J.J..Amyot, A. Villez, *Risque, responsabilité éthique dans les pratiques gérontologiques*, Ed. Dunod, 2001, pp. 9 s.

¹²¹ Sobre la importancia de la palabra, de la comunicación, V. not. R. Laforesterie, *Revaloriser la personne âgée par la créativité*, en *Le Journal des psychologues*, 2000-180, pag 50-53.

¹²² V. A. Quaderi, op. cit., pages. 45-50; V. Supra, Cap. 1, in fine.

¹²³ V. *La France face à ses vieux*, op. cit., pag VI.

¹²⁴ V. not. J.J..Amyot, *Travailler auprès des personnes âgées*, Ed. Dunod, Coll. Action sociale, 2ª ed., 1998, 246 pp.; G. Laroque, *Les cultures, les acteurs et la maltraitance*, en *Gérontologie et Société*, 2000-92, pp. 67-73.

fundamentales: benevolencia (ser cuidador realmente y no prestador de servicios; derecho a los cuidados menos restrictivos y menos intrusivos posibles), autonomía (respeto del derecho de autodeterminación, de la confidencialidad), no malevolencia (antes de la adopción de cualquier decisión, exclusión de todo maltrato)¹²⁵.

Como complemento a esta formación básica, debería asegurarse la especialización¹²⁶ de todo el personal, sea cual sea el nivel o la naturaleza de las responsabilidades de cada uno, puesto que, en gerontología como en otros campos, conviene desconfiar de los discípulos del señor Jourdain. El nacimiento, tímido en Francia, de la psicogeriatría constituye un hermoso ejemplo a seguir¹²⁷. La actualización regular de los conocimientos adquiridos, a través de la formación permanente, es igualmente necesaria.

La formación debe llevar a favorecer las actitudes y comportamientos de reconocimiento (del mayor, de su familia, de su historia vital), de comprensión y de acompañamiento. Una mirada, un gesto, una sonrisa y, sobre todo, una palabra son altamente reparadores. Es importante restablecer, con la mayor frecuencia posible, la autoestima del mayor ya que el declive físico no puede ser asimilado con el envejecimiento afectivo. En una palabra, siempre es importante considerar al mayor no como un objeto sino como un sujeto de cuidados y atenciones. A contrario, poner en contacto a las personas particularmente vulnerables con profesionales insuficientemente formados constituye un riesgo potencial de violencia.

En cuanto a los intervinientes en sí mismos, heroicos “cuidadores de lo extremo” ya que ayudan a vivir y a morir a las personas mayores¹²⁸, requieren una escucha y

¹²⁵ V. L. McDonald, E. Pittaway, D. Nahmiash, *Considérations touchant la pratique dans les cas de mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées*, en M.J. MacLean, op. cit. págs. 21-35; M. Beaulieu, *L'éthique appliquée au champ du vieillissement humain concernant des pratiques d'intervention face aux mauvais traitements in institution*, en *Ethica*, 1996-7-1, págs. 31-48; M. Beaulieu, *Considerations psychosociales et éthiques sur la victimisation des aîné(e)s*, en INAVEM (Dir), op. cit. (2003), pag 67-100.

¹²⁶ Sobre la adaptación de estas formaciones especializadas, V. not. M. M. Ross, L.A. Hoff, *La formation des professionnels de la santé: guide sur la préparation de programmes multidisciplinaires sur les mauvais traitements et la négligence à l'endroit des personnes âgées*, en M.J. MacLean, op. cit., págs. 131-146.

¹²⁷ V. P. Guillaumot, A. Dyan, *Caractéristiques psychogériatriques du vieillissement*, en INAVEM (Dir), op. cit., págs. 119-121.

¹²⁸ V. M. Trouilloud, *Les défaillances dans les soins gériatriques. Éléments de compréhension*, en *Gerontologie et société*, 2000-92, págs. 103-112.

un acompañamiento psicológico particulares. Los grupos de discusión de cuidadores permiten desdramatizar las situaciones. Por no hablar de las regresiones físicas y psíquicas de los pacientes, que les llevan inevitablemente a la muerte, los sufrimientos consiguientes que afectan a los cuidadores pueden llevarles a la negación del paciente, a su deshumanización¹²⁹.

C-Reforzar los instrumentos de detección y denuncia

La pertinencia de las intervenciones profesionales supone además la puesta a disposición de los cuidadores de útiles efectivos y variados: en términos de detección de los factores de riesgo o de sevicias infligidos por los cuidadores naturales; de diagnóstico médico o bien médico-legal (regresión fisiológica versus entorno desfavorable), de denuncia (a la jerarquía, a los servicios sanitarios y sociales y a la justicia).

1. LA DETECCIÓN

No hay ninguna duda de que en el ámbito particular del maltrato a los mayores la prevención es fundamental. La importancia de la sensibilización de todos (gran público, mayores, familia, intervinientes profesionales y servicios de proximidad) ha sido ya señalada anteriormente. En efecto, es importante que cada uno aprenda y practique el respeto de toda persona vulnerable, pero sabiendo igualmente reconocer los signos que anuncian esta vulnerabilidad para evitar, en lo posible, su agravación.

Es el mismo sentido, para prevenir cualquier victimización resulta primordial la precocidad de las intervenciones psicosociales a realizar en beneficio de las personas mayores en peligro. Esta forma no judicializada de intervención ofrece además mayores posibilidades de colaboración por parte de los destinatarios, muy a menudo desbordados por los acontecimientos a los que se enfrentan sin ninguna preparación psicológica y/o competencia técnica.

Los instrumentos de detección se vuelven entonces herramientas preciosas para cuantos, allegados a las personas vulnerables (familia, iguales, vecinos, intervinientes profesionales de proximidad...), empiezan a sospechar un maltrato. Y no deja de haber un muy oportuno margen de detección entre la "acusación" sistemática

¹²⁹ V. I. Donnio, *Las maltraitances: des impasses relationnelles aux alternatives. La reconquête de la liberté?*, en *La maltraitance des personnes âgées*, op. cit. (1997), págs. 33-50.

por parte de las personas cercanas al mayor respecto de los intervinientes psicosociales y la “ceguera” fingida –y recíproca-. Construidos y evaluados científicamente, los instrumentos de detección hacen mucho más fácil el análisis y permiten sobre todo llevarlo a término.

En Francia hay sin duda instrumentos de este tipo. Sólo que la diseminación masiva de las buenas prácticas no es algo que se corresponda con nuestra cultura profesional... a falta de una evaluación sistemática de los programas aplicados. Nuevamente Canadá ofrece, en este terreno, modelos muy valiosos de detección, coherentes y complementarios¹³⁰. Estos reposan sobre la prevención, que consiste en la sensibilización de la persona mayor, del cuidador y de la comunidad, así como el empowerment¹³¹ de las víctimas (potenciales o reales), que pueden activamente comprometerse en la resolución del problema y en la protección de las personas que no son capaces de hacerlo.

Desde estas perspectivas destaca el modelo puesto a punto por Myrna Reis y Daphne Nahmias. Se trata de una “caja de herramientas” que contiene una tabla de detección de las sevicias infligidas a los mayores (DESIA), un cuestionario de detección de abuso por parte de los cuidadores naturales (DACAN), una lista de índices de situaciones abusivas (LISA) y un plan de intervención contra las situaciones abusivas (PICSA). Estos instrumentos, probados y reevaluados periódicamente, son aplicados en el marco de una intervención más global que asocia al equipo de cuidados a domicilio que detecta y evalúa los malos tratos con otros equipos o grupos que tienen por misión confirmar la presencia de abusos y la necesidad

¹³⁰ V. not. L. Bélanger, *Stratégies de dépistage, d'intervention et de prévention en institution*, en J. Carrette, L. Plamondon (Dir), *Vieillir sans violence*, Presses de l'Univ. de Québec, 1990, págs. 132-136; M. Beaulieu, M.J. Tremblay, *Les mauvais traitements envers les personnes âgées en milieu institutionnel*, pub. Santé Canada, multigraph, 1995, 36 págs.; M. Lithwick et al. (Dir), *Personnes âgées victimes d'abus et de négligence. Protocole et guide d'intervention*, pub. Centre local de Ressources Communautaires René-Cassin, Montréal, Vol. I, “Rompre le silence”, 1993, multigraph, 32 págs. Plus Annexes; Ibid, vol 3, “L'intervention auprès des aînés maltraités provenant des communautés ethnoculturelles et leur famille: un guide à l'intention des intervenants”, 1997, 54 págs.; Ibid, vol 4, “Pas dans notre communauté. Prévenir les mauvais traitements envers les aînés: un guide à l'intention des communautés ethnoculturelles”, 1997, 66 págs.; R. Hugonot, *La vieillesse maltraitée*, op. cit., pags. 54 y sig.; Rapport mondial sur la violence et la Santé, op. cit., pag 151 y sig.

¹³¹ *El empowerment* puede definirse como un “proceso dirigido a maximizar la autoestima de las personas, sus competencias y sus aptitudes con la finalidad de que puedan encargarse de su vida y tomar decisiones claras que sean en su propio interés”. V.M. Reis, D. Nahmias, op. cit. Pag 28; V. R. Cario, *Victimologie*, op. cit., pag 187 y sig.

de intervención, acompañar a éstos con objeto de implicar a la víctima, a sus allegados y a la comunidad¹³².

En la misma línea, la Seguridad de Quebec ha puesto en marcha una campaña de prevención a favor de los mayores en el seno de los servicios de policía de proximidad. Este programa “Envejecer en libertad con toda seguridad” comporta un plan general de acción, instrumentos y recursos dirigidos a conocer y responder mejor a las preocupaciones de la clientela de más edad. Inscrita en el marco de una estrategia aún más amplia de prevención (situaciones problemáticas vinculadas al riesgo de caídas, al consumo de medicamentos, a la conducción de automóviles o a situaciones de urgencia y de crisis) el supuesto específico de los malos tratos permite operacionalizar la detección y la comunicación. Para ello, el personal de policía debe disponer de un repertorio preciso del conjunto de recursos para mayores de la región. Cuando se tienen sospechas de una situación de maltrato, a través de la aplicación de una tabla de detección se confirma la realidad y sus características. Cada vez que se constatan indicios de maltrato, la persona mayor es orientada hacia el recurso apropiado. Además de otorgar una casi certeza en la respuesta a la victimización sufrida, esta inversión comunitaria por parte de los policías contribuye no sólo a mejorar la seguridad de las personas sino también al refuerzo del vínculo social, muy a menudo distendido a causa del aislamiento en el cual las personas son mantenidas¹³³.

También la acción llevada a cabo en Francia por parte de ALMA parece especialmente pertinente y adaptada a la prevención y a la lucha contra los maltratos de las personas mayores. Creada en 1995 por iniciativa de Robert Hugonot y en plena extensión, la asociación está hoy en día presente en 40 puntos diseminados por el conjunto del territorio nacional. Todos ellos pueden ser contactados por teléfono durante las franjas horarias determinadas; el número nacional de ALMA reenvía, en su caso, la llamada al centro más cercano. Cada sede funciona según “un sistema de tres niveles”. Los escuchadores, especialmente formados por la Asociación nacional, recogen la queja que les exponen muy a menudo miembros de la familia, vecinos, intervinientes profesionales o, más raramente, las mismas víctimas.

¹³² V. not. M. Reis, D. Nahmias, *Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. Un manuel d'intervention*, op.- cit. 1998 pags. 39 y sig.

¹³³ V. *Vieillir en liberté en toute sûreté*, Pub *Sûreté du Québec multigraph*, 72 págs.; V. más modestamente, *Conseils aux personnes âgées*, Pub. Ministerio del Interior y de la Defensa, multigraph Ed Sirp, 2001, 12 págs.

Consignan por escrito las características del caso de maltrato (presente en una de cada dos llamadas). A continuación, los casos son puestos en conocimiento de los referentes (profesionales de la acción social gerontológica o psicogeriatrica), eventualmente completados por otras llamadas telefónicas al denunciante. Las medidas a adoptar para el seguimiento del caso se deciden entonces con los consultores (miembros del comité técnico de pilotaje presente en todas las sedes, que representan a los estamentos constituidos, principalmente las profesiones dedicadas al acompañamiento de las personas mayores). Según el caso, se tratará de una simple visita a los protagonistas, una propuesta de mediación-conciliación por parte de los miembros de la sede o la remisión del caso a una persona cualificada con objeto de su denuncia a las autoridades de tutela, los organismos de prestaciones a domicilio, el juez de tutelas o el fiscal de la república. La pertinencia de la acción de ALMA incita cada vez más a los propios intervinientes profesionales a contactar con las sedes a fin de obtener información acerca de los tipos de maltrato y la conducta a observar para prevenirlos y denunciarlos.

La efectividad de las respuestas aportadas por ALMA a los mayores víctimas de malos tratos podría mejorarse aún más con el establecimiento de vínculos estrechos con la red de servicios de ayuda a las Víctimas federadas en el seno del INAVEM. Se impone un mejor conocimiento recíproco de las dos instituciones, en el propio interés de las víctimas mayores. Por su vocación generalista, los Servicios de ayuda a las Víctimas son un valioso eslabón para la resolución completa de los malos tratos que llegan al conocimiento de las sedes de ALMA, intervenga o no la Justicia. Cada vez más pluridisciplinarios, estos Servicios de Ayuda a las Víctimas ofrecen diversas formas de acompañamiento de las víctimas, que permanecen activadas en el centro del dispositivo puesto en marcha de acuerdo a las necesidades identificadas: de carácter social, psicológico y/o judicial. Su gran experiencia de colaboración con los actores judiciales, sanitarios y sociales, haría más cierta y eficaz la globalización de la respuesta respecto del mayor victimizado y, en su caso, de sus allegados. De lograrse esta colaboración se confirmaría la complementariedad de las acciones específicas de ambas redes.

Con la finalidad de mejorar todavía más la eficacia de todas las acciones en beneficio de las personas mayores victimizadas, los estudiosos y los profesionales han pensado en la puesta en línea de la información necesaria para evaluar las características de una situación de maltrato e informar acerca de los recursos disponibles. Así y muy pertinentemente, la “Red Internet francófona Envejecer en libertad” (RIF-

VEL)¹³⁴ propone un test de detección de maltratos susceptibles de producirse a domicilio, titulado Odiva (instrumento de detección y de intervención en apoyo de los mayores víctimas). Basado en los resultados de una investigación efectuada en Suiza en colaboración con los servicios a domicilio del Cantón de Vaud, el test permite evaluar el nivel de peligro que presenta la situación observada. De este modo, a través de indicadores variados y jerarquizados, se analiza el perfil de la víctima potencial, el de la persona de riesgo (victimario potencial), así como los índices susceptibles de ser aportados por los comportamientos de la víctima y del agresor sospechoso. El test sugiere que a partir de un umbral predefinido (que se alcanza por cuatro respuestas positivas en cada una de las secciones), el mayor puede estar en peligro. Es necesario entonces llamar a un profesional competente (trabajador social, personal sanitario y/o servicios de policía o de justicia) para que intervenga¹³⁵.

Si la prevención, en cualquiera de sus modalidades, resulta insuficiente para evitar la emergencia y la consolidación de una situación problemática y si la consiguiente detección permite probar la existencia de riesgos reales de victimización de una persona mayor, es necesario proceder sin demora a su denuncia ante la autoridad competente.

2. LA DENUNCIA

Para que cese la violencia (del tipo que sea) contra una persona (sea quien sea) es preciso que sea conocida ante todo por las autoridades de control social, sanitario y/o judicial. Cuando esta violencia está penalmente castigada será competente el juez penal. Pero para imponer la pena ligada a la correspondiente infracción y proceder a la reparación de la víctima, es necesario que la violencia sea seguidamente confirmada a través del desencadenamiento de la acción pública por parte del Fiscal de la república o por un tercero interesado (víctima, allegados, asociación de defensa de las víctimas) constituido en acusador civil¹³⁶. Con todo, cuando la vio-

¹³⁴ La Red está constituida hoy en día por tres entidades de Quebec (rifvel.org), Bélgica (capam.be) y Suiza (alter-ego.ch). Rifvel-Francia ha comenzado a ver la luz en el transcurso del año 2003 (rifvel-france@agevillage.com).

¹³⁵ Para más detalles sobre el test Odiva y sus estudios, V. rifvel.org; L. Plamondon, *Réseau Internet Vieillir en Liberté*, en INAVEM (Dir), op. cit., págs. 181-186; V. infra, Anexo 4.

¹³⁶ V. art. 2 y sig. del C.P.P.

lencia no está penalmente tipificada, puede llevar a la declaración de la responsabilidad civil de su autor, en este caso dará lugar al pago de daños y perjuicios, si y solamente si tal acto de violencia ha resultado en daño.

Generalmente es la víctima de la infracción (o sus allegados) quien reclama a las autoridades competentes. Esta actuación es más problemática en el contexto de las victimizaciones contra los mayores, ya que su vulnerabilidad puede, en particular, impedir que comprendan lo sucedido, que expresen su sufrimiento o incluso simplemente su desplazamiento. Además no es raro que los maltratadores sean los propios allegados, como se ha señalado anteriormente.

En consecuencia, la estrategia más apropiada debería ser la denuncia ante la jerarquía institucional, las administraciones de tutela y/o las autoridades judiciales por parte de quienes, a título profesional, rodean o acompañan a la persona mayor víctima, sea cual sea el lugar de procedencia del maltrato (el domicilio, el interior o el exterior de una institución). El papel de los médicos generalistas, a menudo de familia, parece evidentemente fundamental. Pero como destaca pertinentemente R. Hugonot ¿por qué razón están tan “ciegos, sordos y mudos?”¹³⁷.

En relación con los profesionales de la acción sanitaria y social, observadores privilegiados de situaciones de maltrato contra los mayores, el respeto del secreto profesional se presenta muy a menudo como un obstáculo para la denuncia de estas situaciones. Nada es menos cierto por una serie de razones. La primera porque todas las categorías de personal no están sometidas, precisamente, a este secreto, sobre todo cuando hoy en día se ha vuelto algo relativo a la misión. La segunda razón tiene que ver con el permiso legal que, al igual que la víctima, permite desligar al depositario de la información sometido a la confidencialidad del deber de respetarla, ofreciéndole, en ciertas condiciones, garantías contra toda veleidad de

¹³⁷ El artículo 44 del Código de deontología médica insta a poner en marcha “los medios más adecuados para proteger a la víctima” “poniendo de manifiesto prudencia y circunspección”. Como mínimo, se impone la denuncia ante el médico inspector de Salud Pública; V. www.senat.fr ; INAVEM (Dir) op. cit., pag. 231; Informe O.M.S, op. cit., pag 153.

represalias¹³⁸. La tercera razón es aún más explícita puesto que la ley castiga con tres años de prisión y una multa de 45.000 euros el hecho de no informar a las autoridades judiciales o administrativas por parte de todo aquel que tenga conocimiento de una situación de privación, maltrato o agresión sexual infligida a un menor de quince años o una persona que no puede protegerse por razón de su edad, enfermedad, invalidez, deficiencia física o psíquica o por su estado de embarazo¹³⁹. Con carácter más general y en lo que respecta al sector público, puede extraerse una cuarta razón del Código Procesal Penal que obliga a todo funcionario a avisar al fiscal de todo crimen o delito del que tenga conocimiento¹⁴⁰.

Y la última razón, esencial, permite superar cualquier dificultad eventual que pueda surgir en el tratamiento de este dilema secreto-denuncia: proviene de una disposición más general que la ley que, respecto de cualquier persona que se halle en peligro, obliga a todo ciudadano a prestar aquella asistencia que, sin riesgo propio o para un tercero, le sea posible bien mediante su acción personal o pidiendo socorro. Si lo omite voluntariamente incurre en una pena de 5 años de prisión y multa de 75.000 euros¹⁴¹. Y nadie puede escapar a este deber de humanidad y solidaridad... salvo refugiándose tras un frío respeto del secreto, abandonando de este modo a la víctima –cuya vulnerabilidad justifica la existencia misma de la profesión

¹³⁸ V. en este sentido el art. 226-14 C.P. que precisa que “El artículo 226-13 no será aplicable en los casos en que la ley imponga o autorice la revelación del secreto. Asimismo, no será aplicable: 1º A aquel que informe a las autoridades judiciales, médicas o administrativas de privaciones o de malos tratos, incluidos los atentados sexuales, de los que se haya tenido conocimiento y que hayan sido infligidos a un menor de quince años o a una persona que no estuviera en condiciones de protegerse por razón de su edad o de su estado físico o psíquico; 2º Al médico que, con el consentimiento de la víctima, ponga en conocimiento del Fiscal los malos tratos que haya constatado en el ejercicio de su profesión y que le permitan presumir que se ha cometido actos de violencia sexual de cualquier tipo”. Ver al respecto, para los demás profesionales, art. 313-24 y sig. (L. 2 enero 2002) del Código de la Acción Social y de la Familia; V. Circular DGAS/SD2, nº 2002-208 del 3 de mayo relativa a la prevención y la lucha contra el maltrato de las personas adultas vulnerables y sobre todo las personas mayores, en MASTS, 2002-21, págs 129-136; V. art. 11 L. 11 julio 1983 referente a la protección jurídica acordada a los funcionarios expuestos, por el ejercicio de su profesión, a la persecución por denuncias calumniosas.

¹³⁹ V. art 434-1, 434-3 C.P.

¹⁴⁰ V. art 40 al 2 C.P.P. “Toda autoridad constituida, todo oficial público o funcionario que, en el ejercicio de sus funciones, adquiera el conocimiento de un crimen o de un delito está obligado a avisar sin demora al fiscal de la república y de transmitirle todas las informaciones procesos verbales que le sean necesarios”.

¹⁴¹ V. art 223-6 pár. 2 C.P; V. igualmente art. 223-5 (obstáculos voluntarios a la llegada del socorro), 223-6 pár. 1º (abstención voluntaria de impedir un crimen o delito contra la integridad de las personas), art. 223-7 (abstención en caso de siniestro).

ejercida— a su victimario¹⁴²...salvo para beneficiarse tal vez de una inmunidad familiar muy discutible en estos casos¹⁴³.

La continuación lógica de la denuncia es el desencadenamiento de una investigación administrativa por parte de la autoridad de control y, en los casos más graves, la apertura de una investigación judicial¹⁴⁴, en completa coordinación. Respecto de cada denuncia concreta, es importante asegurar a las personas victimizadas el acceso a cuidados (notablemente psicológicos) y a toda forma de apoyo que precisen en razón de las victimizaciones sufridas. En esta misma línea, conviene prever el acompañamiento por sus pares (especialmente en el caso de internamiento en institución), su familia y, en su caso, por personal de la estructura. La colaboración con los servicios de Ayuda a las Víctimas de la red INAVEM parece aquí algo particularmente pertinente desde diferentes puntos de vista.

CONCLUSIÓN

No podemos seguir ignorando la amplitud y la gravedad de las victimizaciones que sufren los mayores. Más allá de fórmulas fáciles, los límites y las consecuencias de este “drama humano silencioso” se conocen bien hoy en día, del mismo modo que las soluciones para combatirlos. El argumento repetitivo del elevado coste de su aplicación —pero ¿qué es lo que finalmente cuenta: la vida ahorrada o la vida perdida?— lleva a augurar una sociedad cada vez más en vías de deshumanización, sometida a la dictadura del provecho económico y del hedonismo triunfante. La hipocresía está en su punto álgido cuando la “responsabilidad” del coste de la vejez se liga únicamente al aumento del número de jubilados... sin ninguna relación con la programada baja de los inactivos, estigmatizados en exceso como gente que no quiere trabajar más; la hipocresía es culpable cuando se invoca la ruptura del vínculo social para fustigar el fracaso de las familias ante el aumento de las victimizaciones de personas mayores.

¹⁴² V. not. sobre el secreto profesional, J.. Rosenczeig, P. Verdier, *Le secret professionnel en travail social*. Ed. Jeunesse et droit/Dunod, 1996, 139 págs., R. Hugonot, op. cit., págs. 93 y sig.; M. de Béchillon, en INAVEM (Dir), op. cit., págs. 101-111.

¹⁴³ V. not. en materia de no denuncia de crímenes (art. 434-1 al 2 CP), en materia de infracciones contra los bienes (art.311-12, 312-9, 313-3, 314-4 C.P) .

¹⁴⁴ V. not. en este sentido las disposiciones de la Circular DGA 5/SD 2002-265 de 30 de abril de 2002 relativa al refuerzo de los procedimientos de tratamiento de las denuncias de maltratos y de abusos sexuales contra niños o adultos vulnerables en las estructuras sociales y médico-sociales.

No cabe duda de que en este doloroso asunto de los malos tratos a personas mayores, más que en otros ámbitos de victimización, se da una fuerte ambivalencia entre lo inaceptable de las transgresiones en perjuicio de un persona vulnerable y la indulgencia –identificación, aunque sea negativa– de los autores, a menudo cansados y que sufren realmente por esta muerte anunciada. Pero a falta de un abordaje frontal de urgencia, es preciso añadir a la lista de victimizaciones sufridas por los mayores la violencia social. No por parecer más simbólica y difusa, resulta menos devastadora a causa de la negación del derecho a una vejez serena. Constituye, sin duda, una fuente de victimización secundaria profundamente inhumana respecto de las personas mayores ya particularmente vulnerables.

A través de la sensibilización de todos podrá nacer la esperanza de ver desaparecer la violencia de la ignorancia, la violencia de la indiferencia¹⁴⁵. La prevención continúa siendo la estrategia esencial: es necesario actuar sobre todos los factores de riesgo, a menudo en interacción compleja y dinámica a nivel biopsicológico, socioeconómico, ambiental y social. El buen trato pasa entonces –y puede ser que sobre todo– por la profesionalización de la ayuda, tanto a domicilio como en los establecimientos. Es importante multiplicar los puestos de trabajo, revalorizarlos estatutariamente y socialmente. Todos los cuidadores e intervinientes implicados deben igualmente conocer el arsenal de ayudas posibles, los instrumentos de detección de toda clase de maltrato y los recursos a movilizar.

En caso de fracaso persistente, las características victimológicas de las victimizaciones observadas invitan a decantarse masivamente por modos reparadores de regulación de conflictos (como la mediación) y a no recurrir a los procesos judiciales autoritarios y securitarios más que en casos extremadamente graves. Es muy importante, en efecto, no agravar el aislamiento social de los interesados sino tender hacia los objetivos de la Justicia restaurativa: resocialización del infractor, reparación completa de la víctima (material y psicológica) y restablecimiento de la paz social.

La llamada a la compasión y a la solidaridad ciudadanas seguirá siendo simbólica y cuestionable mientras que un verdadero plan republicano no aborde la cuestión de la vejez en su globalidad somática, psicológica, social y, sobre todo, humana, destinando los medios económicos, consecuentes y permanentes, en el marco de una auténtica misión de servicio público.

¹⁴⁵ V. en este sentido not. R. Moulías, S. Meaume, L. Girard, *Maltraitance des hommes*, en *Gérontologie et Société*, 2000-92, pag 95-101; R. Hugonot, op. cit. (1998), págs. 135 y siguiente.

EL MALTRATO DE PERSONAS MAYORES
DESDE UN PRISMA
CRIMINOLÓGICO INTERDISCIPLINAR:
ALGUNAS CONCLUSIONES
PROVISIONALES

● JOSÉ LUIS DE LA CUESTA ARZAMENDI
Director del Instituto Vasco de Criminología
Presidente de Hurkoa Fundazioa
Presidente de la Asociación Internacional
de Derecho Penal

Nadie duda ya de que el maltrato a los ancianos es una realidad universal, presente tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo, que afecta a un importante número de personas y que requiere una inmediata acción preventiva y una eficaz intervención social. En este sentido, y con gran retraso respecto de otras modalidades de maltrato familiar (cuyo interés científico no se remonta, en cualquier caso, más allá de veinte años), comienzan a desarrollarse estudios e investigaciones dirigidos al análisis y profundización del maltrato de los mayores, con objeto de desentrañar esta realidad y permitir su adecuada intervención y abordaje social.

De las ponencias y contribuciones científicas que progresivamente van viendo la luz se derivan múltiples conclusiones provisionales, no sólo sectoriales, y de perfiles y características muy variadas. Desde una perspectiva interdisciplinar y general, y, muy en especial, a partir de los trabajos publicados en el presente volumen, merecen destacarse las siguientes:

Necesidad de adopción de una terminología y tipología comunes

Desde el prisma fenomenológico, a partir de la Declaración de Toronto de 2002 suele describirse el maltrato de personas mayores como la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y que produzca daño o angustia a una persona anciana. Esta descripción básica se completa en, ocasiones, con lo aportado por otras definiciones (como la de Almería, 1996), a través de la inclusión de referencias a la edad de la persona maltratada (mayor de 65 años) o a los elementos en que ha de concretarse el daño percibido por la víctima o constatado objetivamente: integridad física, sexual y económica, principio de autonomía o un derecho fundamental de la persona mayor. También suele resaltarse la escasa importancia que, a efectos definitorios, ha de atribuirse a la intencionalidad y al medio en que se produce.

El maltrato de mayores -que se da, por lo general, en un entorno bien familiar o institucional- abarca así una pluralidad de situaciones de maltrato físico, psicológico o emocional, sexual, de abuso o explotación económica¹ e influencias indebidas², e incluye todo tipo de negligencias (activas o pasivas)³, situaciones de abandono⁴ o hasta de autoabandono⁵ que, intencional o imprudentemente (pero no de forma accidental), acaban produciendo daños o sufrimientos a los mayores.

Múltiples son las clasificaciones propuestas. Dejando al margen la cuestión del entorno del maltrato, suele distinguirse sustancialmente entre el maltrato de tipo

¹ Utilización inadecuada, por parte de terceros —y sin consentimiento (o con consentimiento viciado) del mayor— de los fondos, posesiones, propiedades y/o bienes de éste, no en beneficio del mayor, sino en beneficio de un tercero o terceros.

² En la que el aislamiento y la dependencia del anciano se aprovechan para manipularle emocionalmente —mediante amenazas más o menos explícitas, presión o aprovechando el miedo de la persona mayor a sufrir pérdidas si no accede- y lograr su aquiescencia para un acto o negocio que le perjudica y que, de no haberse dado esa influencia indebida, el mayor nunca lo habría permitido.

³ No proporcionar a la persona mayor aquellos elementos que constituyen sus necesidades básicas: alimentos, higiene o vestido cuidados de la salud, confort y seguridad, afectividad y requerimientos sociales o financieros.

⁴ Distanciamiento físico por parte del cuidador, que implica la inatención.

⁵ La persona mayor, que no es competente, realiza conductas que amenazan su seguridad o su integridad psicofísica, o rechaza medidas que velan por su salud, cuidado o seguridad.

físico y psíquico, y el maltrato de tipo activo y pasivo, sin que muchas veces coincidan ni la terminología ni las realidades aludidas en cada caso. También se mencionan como fenómenos estrechamente relacionados con los anteriores y potencialmente generadores de daño: el ageismo (discriminación por razón de la edad), la pobreza, la enfermedad física y el deterioro cognitivo; así como el aislamiento (y hasta victimización) derivado(s) de su mayor propensión a los sentimientos de inseguridad y miedo a ser víctima de delito.

Ante tanta diversidad, urge, por ello, la adopción de un lenguaje común y sobre las diferentes tipologías del maltrato, que permita una clara delimitación conceptual de cada una de las modalidades del mismo. La experiencia habida en otras áreas de la violencia familiar pone, en efecto, de manifiesto que esto es un presupuesto insoslayable para asegurar el mejor aprovechamiento (de cara a la prevención e intervención) de los estudios e investigaciones que sobre la realidad y extensión del maltrato, así como sobre su etiología, han de promoverse decididamente tanto a nivel regional, como estatal e internacional, pues, sin duda alguna, también las diferencias culturales influyen en los resultados.

Profundización en la realidad del maltrato de mayores y su incidencia

Conocida es la resistencia entre la población y hasta entre los profesionales al reconocimiento de las situaciones de violencia familiar, que obedece a seculares y complejas razones de carácter cultural y ha llevado a justificar no pocos supuestos de maltrato producidos en el ámbito familiar o doméstico, o a valorarlos como algo extraordinario y anormal. Los estudios realizados a partir del último cuarto del siglo XX insisten, sin embargo, en que el maltrato en el ámbito familiar, doméstico e institucional es una realidad propia de la vida cotidiana, difícilmente justificable y que se produce en múltiples direcciones: en la pareja, hacia los hijos, desde los hijos hacia los padres, especialmente si mayores o ancianos...

Ahora bien, frente a lo sucedido con otras formas de violencia familiar, un universo de elementos culturales y psicológicos específicos -que tienen mucho que ver con el trato y relación con los mayores, y entre éstos y las personas de las que dependen- ha hecho perdurar el cruel anonimato social y político padecido por el maltrato a personas mayores: sólo recientemente ha comenzado a alcanzar cierta repercusión mediática y social; lejos, en todo caso, de la que suscita la violencia doméstica o familiar contra los menores y/o, sobre todo, contra la mujer, en la

actualidad. En este sentido, todavía no se dispone de datos suficientes sobre incidencia y prevalencia⁶.

Poca eficacia cabe esperarse de cualquier acción preventiva o intervención social que no parta del conocimiento de la realidad del maltrato y de su incidencia. Es éste, con todo, un conocimiento difícil, no sólo por los problemas de conceptualización y delimitación ya referidos –y que se encuentran presentes en la mayor parte de los conflictos de carácter interpersonal-, sino igualmente por las propias dificultades que el ámbito domiciliario presenta para el acceso al conocimiento de lo sucedido y para la actuación de la justicia; unas dificultades que se ven agravadas por la casi imposible denuncia de los hechos por parte de víctimas incapaces, de posibilidades de comunicación nulas (o muy limitadas) o globalmente dependientes del agresor. Lo anterior resulta particularmente agudo en los supuestos de maltrato no físico, como el maltrato psicológico, que abarca desde las agresiones verbales, amenaza, intimidación, humillación, descalificación y denigración hasta el aislamiento o la incomunicación (se le atiende, pero no se le habla), pasando por la infantilización; carente éste de las manifestaciones físicas objetivas propias de otras modalidades de maltrato, sus síntomas pueden aparecer mezclados con el correspondiente deterioro cognitivo asociado a una determinada patología psíquica...

Parece, pues, absolutamente necesario promover, diseñar y aplicar estudios e investigaciones de carácter epidemiológico no sólo de carácter genérico, sino sobre todo focalizados por tipologías y cualitativos, intensamente apoyados en entrevistas realizadas a los propios ancianos, a sus familiares y a sus cuidadores, y respetuosos, en general, de los criterios de rigurosidad y precisión acuñados respecto de cualquier patología con complejos componentes biopsicosociales, como es el caso. Estos estudios e investigaciones permitirán desarrollar teorías explicativas o modelos etiológicos más consistentes que las actualmente en boga, las más de las veces basadas principalmente en el sentido común y no tanto sobre modelos contruidos a partir de la evidencia empírica.

Atención a prestar al maltrato en el ámbito institucional

Particularmente indicada es, en este plano, la atención a prestar al maltrato que se produce en el ámbito institucional. Menos estudiado que el maltrato en el entor-

⁶ Según M.T. Bazo que el porcentaje de personas mayores maltratadas en la realidad vasca oscila entre el 4 y el 6%, si bien menos del 1% da el paso de denunciar a sus agresores. *Noticias de Gipuzkoa*, 7 diciembre 2005, p.6.

no familiar, sus manifestaciones principales (aunque no exclusivas) vienen a ser el no suministro adecuado de medicamentos, mantener condiciones ambientales no apropiadas, pronunciar comentarios inadecuados o hirientes, no permitir la intimidad (higiene, sexo, soledad...), aplicar restricciones físicas y de salidas, no tener en cuenta las barreras arquitectónicas, no proporcionar lecturas, distracciones, actividades... Haciendo abstracción de posibles acciones individuales de maltrato físico (el grave, más bien muy excepcional), psicológico y de negligencia, los supuestos más frecuentes se engloban, por ello, en el cuidado inadecuado. Este se presenta en ocasiones como consecuencia de un auténtico abuso institucional, a través de prácticas autoritarias y normas abusivas (sobre-medicación y sedación, negar a residentes decisiones relativas a la alimentación, levantarse o acostarse, o ejercer presión sobre los residentes para participar en actividades...), que se traducen en actitudes no respetuosas de la autonomía de los sujetos en la institución y en pérdida de la individualidad (despersonalización), infantilización, poca o nula intimidad y victimización.

Se trata en todo caso de supuestos no siempre fáciles de delimitar: de un lado, por el choque hasta cierto punto natural entre las necesidades de libertad individual y las exigencias organizativas y de optimización de los recursos humanos y materiales, dirigidas a garantizar el funcionamiento de la institución y la satisfacción de las necesidades colectivas; de otra parte, es conocida la dificultad de definición precisa del nivel de cuidado indicado y justo para los internos en centros o residencias.

Avanzar en el análisis etiológico de los diversos tipos de maltrato

Estudiosos e investigadores deberían volcarse en el análisis de las causas del maltrato. Existe todavía cierta confusión en cuanto al peso etiológico de la vulnerabilidad del anciano, que se ve agravada por la situación de riesgo, o de las características del maltratador, en particular, su dependencia de la víctima. En efecto, si inicialmente se tendía a insistir en la importancia de la vulnerabilidad del anciano (que, al parecer, se agrava fuertemente a partir del cumplimiento de los 80 años), en la actualidad el maltrato a las personas mayores suele analizarse más como un problema de cuidado, en particular, de cuidado familiar. Se asume, con todo, que en cada tipología de maltrato el peso de los diferentes factores etiológicos se presenta de manera diversa, de aquí que probablemente desde el prisma preventivo y de la intervención las perspectivas más útiles sean las mixtas: hay que tener presente, además, que no pocas personas maltratadas sufren más de un tipo de maltrato simultáneamente.

En cualquier caso, por lo que respecta a la vulnerabilidad de las víctimas —protótipicamente, mujeres viudas, mayores de 75 años, impedidas física o mentalmente por una enfermedad crónica que las hace dependientes; aisladas socialmente y carentes de roles que desempeñar—, estudios altamente valorados en el plano internacional indican que las víctimas de abuso físico y psicológico suelen presentar más problemas de carácter emocional que de carácter físico y suelen vivir con el maltratador, el cual no pocas veces depende económicamente de ellas. Las víctimas de negligencia son generalmente muy ancianas y discapacitadas mental y físicamente, con poco apoyo social; las víctimas de abuso económico o material tienden a no ser casadas y a mantener relaciones sociales limitadas. Las personas dependientes en ciertas actividades de la vida cotidiana suelen ser víctimas de negligencia física o psicológica, pero las personas autónomas para vestirse, alimentarse o con movilidad se encuentran más representadas en los supuestos de maltrato psicoafectivo y abuso material que las dependientes. También el hecho de ser mujer presenta mayor incidencia en el maltrato psicoafectivo y el abuso material que ciertos tipos de dependencia física. Por fin, mientras que el riesgo de sufrir violencia física es mayor cuando se vive con otras personas, el riesgo de sufrir abuso económico es mayor entre quienes viven solas.

Los estudios e investigaciones se refieren asimismo al perfil del maltratador, sin dejar de insistir en la mayor importancia del escenario en el que se produce el maltrato y de la relación interpersonal del maltratador con la persona mayor. En general, la mayoría de los actos agresivos son llevados a cabo por sujetos que no presentan patología, pero, al igual que sucede en otros supuestos de violencia familiar, también en este ámbito es hasta cierto punto frecuente la incidencia sobre los maltratadores de episodios de malos tratos (precisamente hasta por parte de aquellos a quienes ahora les corresponde cuidar), así como historias de alcoholismo y/o enfermedad mental. Esto se da, también, junto con los problemas económicos, en casos de abuso económico o material; por el contrario, entre los maltratadores negligentes el estrés del cuidador parece pesar más.

La figura del cuidador —en España, mujeres (83%), entre 45 y 65 años, casadas, amas de casa, con hijos a su cargo y que conviven de forma permanente con la persona mayor, a la que cuidan sin ayuda— presenta aquí un especial interés. Cuidar de una persona mayor puede ser muy gratificante, pero igualmente es agotador, físicamente y emocionalmente, y la complejidad de relaciones afectivas y emocionales que se establecen muy alta. Los estudios realizados ponen de relieve que, muy mayoritariamente, el maltratador doméstico o familiar es alguien que lleva más de 10 años cuidando de la persona mayor (en el 10% de los casos lleva más de 20

años) y que convive con la víctima (75%), caracterizándose la relación previa por una escasa comunicación o ausencia de afectividad; en casi la mitad de los casos el cuidador maltratador presenta cierta dependencia respecto a la persona maltratada, a cuyo cargo corre la vivienda o el sustento económico.

Especial tratamiento del síndrome del cuidador

Hace tiempo que se conoce la relación con el maltrato del llamado síndrome del cuidador, aun cuando todavía deba profundizarse más en el peso de los diversos factores intervinientes.

El síndrome del cuidador se identifica con una situación de estrés en la interacción con la persona mayor dependiente que supera los mecanismos adaptativos del cuidador, muchas veces sometido a una alta tensión moral y nivel de renuncia personal, y sin apoyo efectivo por parte del entorno. Es ésta una mezcla de ingredientes por sí misma ya peligrosa y que se ve especialmente agravada en supuestos de bajo control emocional y autoestima, así como de menor tolerancia a la tensión y a la frustración derivada de la mayor vulnerabilidad psicofísica de quien se ve sometido a una sobrecarga, muy en particular si presenta una enfermedad psíquica o en casos de personalidad depresiva o ansiosa. En el marco de un proceso de distanciamiento y cosificación de la persona mayor (la “causa”), el cuidador asume así su tarea como algo exclusivamente obligado, desprovisto del elemento de relación humana, lo que le permite reducir su sufrimiento, pero facilita la aparición del maltrato.

El hecho de que el cuidador sea un profesional no elimina la aparición del síndrome del cuidador. Tampoco para un profesional es tarea fácil cuidar a mayores dependientes, particularmente si se trata de dependencias irreversibles o en fase terminal. Las presiones a las que se somete a los profesionales pueden llevar al malhumor, frustraciones, impotencia... que, si bien no deberían justificarlo, pueden aumentar el riesgo de trato o de cuidado inadecuado. Esto es más frecuente, en el marco institucional y por lo que se refiere al maltrato físico, entre personal auxiliar, de 25 a 35 años, con escasa motivación y preparación y pobreza de recursos para hacer frente a su labor; por su parte, en relación con el maltrato psicológico, parece mayor la importancia de déficits culturales, que llevan a posiciones de falso paternalismo exagerado del cuidador sobre la persona mayor, a quien se ve como alguien que va a morir, alguien al que hay que hacérselo todo o como un niño al que hay que reeducar, lo que pretendidamente justificaría la aplicación de medidas o respuestas restrictivas y hasta de corte disciplinario.

Frente a la alta relevancia de las relaciones interpersonales entre maltratador y maltratado en el caso del maltrato de mayores producido en el ámbito familiar, en el maltrato institucional los estudios, sin desvirtuar el peso de los rasgos y circunstancias de los trabajadores (como los conflictos personales, déficits de habilidades sociales y de manejo del estrés o de situaciones de crisis, falta de motivación suficiente o de empatía, problemas con el envejecimiento, deficiente autocontrol y limitada autocrítica), destacan la importancia de elementos ajenos a la relación interpersonal mayor-maltratador: aspectos estructurales, contractuales, laborales, profesionales e institucionales. En ámbitos como el cuidado o atención a otras personas -que requieren tanta motivación, empatía y capacidad de entrega- la combinación desfavorable de estos elementos llega a generar cuadros de gran insatisfacción, frustración y malestar personal y profesional (“síndrome del quemado”: burn-out). Estos cuadros se distinguen ya con nitidez de la mera depresión, la fatiga psicológica o el estrés laboral y -caracterizados por el agotamiento, la despersonalización y endurecimiento emocional, así como por la pérdida de confianza en la relación personal y la presencia de un autoconcepto negativo como efecto (muchas veces inadvertido) de la ausencia de reconocimiento-, resultan especialmente abonados para la aparición de conductas negligentes y de cuidado inadecuado hacia las personas atendidas, que acaban traducándose en una grave afectación de su dignidad y de sus derechos.

“Romper el silencio” y prevención a todos los niveles

Cualquier acción preventiva y de intervención necesita partir del más preciso conocimiento de las características del fenómeno y de sus diversas formas de manifestación y tipologías (al igual que las de sus protagonistas) y tratar de cubrir los diversos factores de riesgo, los cuales frecuentemente se encuentran en una compleja y dinámica interacción bio-psico-social, económica y cultural.

Dado el extendido anonimato en que ha vivido el maltrato de las personas mayores, la multiplicación de las campañas de sensibilización con el fin de “romper el silencio”, debería constituir el primer paso tanto en la agenda de tareas de prevención como con objeto de poner fin a (o cuanto menos atenuar) esa otra forma de violencia social hacia los ancianos consistente en la violencia de la indiferencia, en el mirar hacia otro lado, que genera una fuerte victimización y contribuye a negar radicalmente el derecho a una vejez serena.

En realidad, son tres los niveles de prevención que generalmente se distinguen: la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria.

• **La prevención primaria** parte de la asunción de que el riesgo de abuso o maltrato afecta a todas las personas mayores, de aquí que haya que esforzarse por procurar el buen trato de las personas mayores. Esto pasa necesariamente por las campañas de sensibilización orientadas a la población en general y basadas en la promoción de valores de respeto y comprensión hacia los mayores y de una completa información sobre lo que supone el proceso de envejecimiento a nivel psicológico y físico. También es preciso trabajar por la revalorización social de la figura del cuidador, su formación sanitaria y en general, y hasta por el fomento de una mayor profesionalización en el sector. A ello cabe añadir el refuerzo de la autonomía personal de las personas mayores (dependientes o no), que deben ser asimismo formadas y educadas en relación con el maltrato, su prevención y las ayudas disponibles. En el plano profesional, la adopción de modelos de calidad y de mejora continua, que permitan la medición y evaluación de la actividad por medio de marcadores e indicadores, así como, en las instituciones, la implantación de sistemas de vigilancia e inspección eficaces, con criterios homogéneos de control, constituyen igualmente valiosas estrategias de prevención primaria.

• **La prevención secundaria** se centra en los factores específicos de riesgo ya identificados, lanzando acciones dirigidas a prevenir la victimización en aquellos individuos o por parte de quienes presentan un alto riesgo. Los proyectos de prevención secundaria incluyen sistemas de telealarma, ayuda a domicilio, grupos de apoyo a las personas mayores en riesgo y a la actividad de los cuidadores, programas formativos y educativos. También los programas de prevención del síndrome del cuidador, tanto en el marco institucional como en el familiar. Se trata de “cuidar al cuidador”, algo tan importante como poner filtros para la detección de los mayores maltratados por parte de los servicios sanitarios y sociales de base: facilitando a los familiares encargados de asistir a una persona entrada en edad los medios y el apoyo necesarios para aprender a asumir una situación de dependencia que suele prolongarse durante años e incluso décadas y no caer en el recurso a la violencia como vía de escape a la sensación de impotencia que sienten en muchas ocasiones, prestando el asesoramiento externo y la ayuda técnica y el apoyo especializado precisos con carácter puntual y, en general, para facilitar la vida diaria en los hogares donde vive un anciano, asegurando períodos de respiro o de descanso en fin de semana, vacaciones y en momentos de dificultad o de sobrecarga por parte de alguno de los cuidadores, abriendo nuevos centros de día... Conviene destacar en este punto la inestimable labor que, en el apoyo a las familias, pueden cumplir (y, de hecho, ya cumplen) los grupos asociativos, al favorecer que se compartan las dificultades y se busquen soluciones

desde dentro.

- **La prevención terciaria** presupone la producción ya de un supuesto particular de maltrato; a través de diversas intervenciones (programas de educación familiar, terapia familiar, servicios de apoyo a la familia y, en su caso, la intervención legal), busca evitar nuevos comportamientos similares.

Establecimiento de sistemas formales estandarizados de identificación y detección

Como múltiples estudios realizados ponen de manifiesto⁷, el éxito de la acción preventiva, cuando existe, es limitado y siguen siendo muchos los casos de maltrato. Ahora bien, detectar los casos particulares de maltrato muchas veces no resulta sencillo. El respeto de la privacidad e intimidad del sistema familiar o el temor a sembrar la desconfianza sobre las instituciones sociales dedicadas al cuidado de los mayores se erigen frecuentemente en muros difíciles de franquear a la hora de la indagación de la realidad de lo ocurrido. De otra parte, la elocuencia de los síntomas o indicios de maltrato se presenta a veces enturbiada, de cara a su detección, por los efectos de las enfermedades crónicas que puede sufrir el anciano. Así, en el maltrato físico, ordinariamente el más fácil de detectar, los rastros o indicios pueden aparecer solapados y mezclados con características dermatológicas y corporales del anciano, que puede hacer confundir señales de maltrato con otras alteraciones. Por su parte, los síntomas del maltrato psicológico pueden verse mezclados con los cambios que acompañan a ciertas enfermedades y son no pocas veces de difícil discriminación con episodios o procesos psicopatológicos derivados de un posible deterioro cognitivo.

En cualquier caso, los estudios e investigaciones van aportando cada vez más información de gran interés desde el prisma de la detección: así, por ejemplo, resultan ya acuñados como síntomas de sospecha de negligencia, la presencia de pro-

⁷ Así, respecto del marco institucional, donde se insiste en una menor incidencia del maltrato que en el entorno familiar, suelen reiterarse citas como la del estudio realizado en los EEUU en el que el 36% del personal de enfermería y general declaró haber asistido, al menos, a un incidente de violencia física ejercida por otros miembros del personal en el curso del último año, y un 10% reconoció haber cometido por sí mismo al menos un acto de violencia física... estas cifras se elevaban al 81% de presencia y al 40% de comisión de al menos un acto en el caso de la violencia psicológica. También en Alemania una investigación realizada entre 160 empleadas en residencia de ancianos dio como resultado que el 68% había cometido, al menos, una acción abusiva contra algún residente en el año anterior; un 70% había sido testigo de acciones de abuso o de negligencia.

blemas de salud e higiene reiterados e inexplicables (escaras, deshidratación, malnutrición, etc.), el uso de ropa inadecuada (para el contexto o las condiciones físicas), la falta de solicitud de recursos, accesibles con mayor o menor facilidad y que determina la evidente inatención de problemas solubles, la sobremedicación, el incumplimiento de las prescripciones o la insuficiente supervisión del personal sanitario, la ubicación de la persona mayor en un medio deteriorado (suciedad, falta de agua o calefacción, electrodomésticos estropeados, ausencia de útiles imprescindibles)... En cuanto al abandono y el autoabandono, se indica que suelen dar lugar a signos físicos y ambientales similares a los descritos para la negligencia, siendo la respuesta de la persona mayor, desde el punto de vista psíquico, de tipo inhibitorio (aislamiento, anergia, apatía, depresión, inhibición motriz, etc.).

Un adecuado abordaje del fenómeno del maltrato en modo alguno parece posible sin el establecimiento y aplicación de sistemas formales estandarizados para la identificación y detección del maltrato a los ancianos, tarea en la que la posición de los trabajadores sociales y de los profesionales de salud de atención primaria resulta cardinal. En esta línea, y con carácter general, la Asociación Médica Americana propugna el interrogatorio sistemático (esto es, incluso si no existen síntomas o signos de abuso o violencia) de los pacientes mayores por parte de los profesionales que les atiendan, de modo que se permita valorar la posible existencia de violencia en el seno familiar y, en su caso, proceder a un examen más exhaustivo y detallado.

Pero los esfuerzos más intensos se dirigen en muchos países a la elaboración de protocolos de detección sistemática del maltrato. Ciertamente, no es lo mismo detectar un supuesto de maltrato físico o psicológico, que otros tipos de abusos, como el maltrato material o económico, donde se requiere la intervención de profesionales distintos. Se consideran, con todo, componentes principales de un protocolo de esta suerte: la historia clínica y valoración geriátrica (incluido el grado de dependencia funcional y el deterioro cognitivo), la observación del comportamiento del cuidador, la evaluación del aspecto general del anciano –acompañada por una exploración física y psíquica exhaustivas-, la valoración de los recursos económicos y sociales y la realización de todas aquellas exploraciones complementarias que procedan.

Diagnosticar un supuesto de maltrato es, en todo caso, una tarea muy delicada y comprometida, que excede de la labor asistencial, extendiéndose hacia la investigación social. En este proceso asume un rol esencial la especial agudeza del personal sanitario de cara a la captación no sólo de los datos físicos, sino también de los indicadores sugestivos procedentes del comportamiento del anciano y/o del cuida-

dor; piénsese, a título de ejemplo, en la valoración del maltrato psicológico, que requiere observar las actitudes y relaciones existentes, el lenguaje empleado, las actitudes negativas y menospreciativas hacia la víctima, la falta de contacto humano positivo o calidez, la alienación emocional o física...

También la prudencia ha de considerarse de especial importancia: la intervención se entromete en la dinámica familiar y/o institucional y puede generar, como consecuencia, la institucionalización del anciano (incluso contra su voluntad) o, de fracasar, hasta una agravación de los elementos negativos circundantes al maltrato.

Intervención coordinada de los distintos servicios e instituciones

Detectado el maltrato procede la intervención dirigida a poner fin al mismo, reducir en la medida de lo posible sus efectos y evitar su repetición.

Toda intervención debe partir del análisis y comprensión de la situación y del problema planteado, lo que requerirá un conocimiento directo de la persona en su medio, el contacto con el médico, los servicios sociales, la familia, las demás personas del entorno... A la vista de la situación procederá, en general, la denuncia al Ministerio fiscal para que se adopten las medidas legales oportunas para la protección de los intereses del mayor (vgr. la defensa judicial, como paso previo para la tutela, si se trata de un incapaz), la gestión de recursos socio-asistenciales dirigidos a atender y proteger adecuadamente al mayor, sacándolo incluso con urgencia de su entorno, si es lo que procede, y el establecimiento de sistemas de apoyo a los cuidadores directos y a las demás personas que rodean al mayor, dirigidos a evitar situaciones de sobrecarga y estrés. Dependiendo de cada tipología de maltrato, la intervención anterior se completará con las medidas específicas que correspondan, p.e. para mejorar la relación en casos de abusos psicológicos, garantizar la adecuada atención (médica, hospitalaria, patrimonial, doméstica...) de las víctimas de negligencia o en estado de autoabandono, o la protección patrimonial por vía judicial y registral, si se está ante un supuesto de abuso económico...

Al igual que en otros ámbitos, igualmente aquí la complejidad del fenómeno impide su abordaje y resolución desde una única instancia y con la mayor frecuencia se precisa la intervención judicial, de los servicios sociales, sanitarios... La coordinación y colaboración de los distintos servicios e instituciones implicados resulta por ello fundamental. Esto es algo que se ve muy favorecido cuando se dispone de los correspondientes protocolos acordados en los que se establecen con claridad las respuestas adecuadas a cada situación, el modo de su aplicación y puesta en prác-

tica y la entidad o nivel responsable de su adopción y ejecución en cada caso.

El papel de la sanción penal

Posición destacada en el plano de la intervención legal respecto de los maltratadores ostenta la vía penal.

Múltiples son, en efecto, las figuras delictivas aplicables a las distintas modalidades de comportamiento maltratador penalmente relevante: dejar de prestar asistencia o auxilio a persona de avanzada edad o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados (art. 619 CP); no socorrer a persona que se encuentra desamparada y en peligro manifiesto y grave (art. 195); dejar de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de descendientes, ascendientes o cónyuge que se hallen necesitados o a los sometidos a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento (art. 226); abandonar a un menor o incapaz por quien está encargado de su guarda (art.229,1); infligir a otro un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral (art. 173,1); causar a otro por cualquier medio o procedimiento una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental (art.147); lesionar golpear o maltratar (art. 153), ejercer habitualmente violencia física o psíquica sobre determinadas personas pertenecientes al ámbito familiar o que, debido a su especial vulnerabilidad, se encuentran sometidos a custodia o guarda en centros públicos o privados (art. 173,2); además, ahí están las figuras delictivas de homicidio, agresiones, sexuales, amenazas, coacciones, injurias, abusos patrimoniales... Estos comportamientos delictivos son, en su mayor parte, perseguibles de oficio, esto es, a partir de la mera información de los hechos llegada a la policía, la fiscalía o el tribunal. Esto es algo de particular relevancia, a la vista de las dificultades que presenta la denuncia de los hechos por parte de unas víctimas muchas veces incapaces, de posibilidades de comunicación nulas o muy limitadas o globalmente dependientes del agresor; unas víctimas cuya queja, de darse, sólo se manifiesta indirectamente: a través de la depresión, regresión global, agitación, fugas, rechazo de la ingesta, mayor frecuentación de las consultas...

Ahora bien, la experiencia procedente de otras áreas de la violencia familiar pone claramente de manifiesto que no es por la vía penal de donde cabe esperar soluciones eficaces, ni desde el prisma victimológico ni de la prevención terciaria. Desde múltiples posiciones se propugna, por ello, la restricción del recurso al Derecho penal tradicional a los casos más graves y la apertura, en los de menor gravedad, de vías alternativas de solución en la línea de la justicia restaurativa. Esta, a través de la aplicación de mecanismos de regulación de conflictos (como la media-

ción), sin dejar de proclamar de manera formal el rechazo social suscitado por los hechos, busca no agravar el aislamiento social de los afectados y se afana por lograr, de manera simultánea, la resocialización del infractor, la más completa reparación (material y psicológica) de la víctima y su asistencia, así como el restablecimiento de la paz social.

Un abordaje legislativo integral

Para terminar, en el plano legislativo conviene aprender de la experiencia habida en otros ámbitos, como es el caso de la llamada violencia de género, acerca de la necesidad de instrumentación de políticas integrales, que contemplen a la tercera edad y a la vejez en su globalidad somática, psicológica, social y, sobre todo, humana: plasmadas, por ello, en programas, planes y, en particular, en leyes, todos ellos inspirados en la pluralidad y transdisciplinariedad.

Objeto central de un texto legal de carácter integral habría de ser la fijación y consagración al más alto nivel legislativo tanto de los derechos y libertades de la persona mayor dependiente —en particular, derecho a la igualdad ante la ley, derecho a la vida, salud e integridad personal (física y moral), derecho a la libertad (y, en particular, a la autonomía personal y autodeterminación frente al tratamiento), derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen, derecho a la libertad de residencia, derecho a recibir información veraz, derecho a la participación activa, derecho a la tutela judicial efectiva, derecho a la atención, protección y asistencia adecuadas a su nivel de capacidad y dependencia...—, como de los principios, criterios de actuación y metas de las diferentes intervenciones públicas. Particular atención habrían de merecer, entre ellas, las intervenciones relativas al maltrato: para su prevención a través de medidas de sensibilización y de cambio cultural (favorecedoras, en particular, de la solidaridad intergeneracional y del desprecio de la violencia), así como, respecto de cada supuesto o categoría, las dirigidas al establecimiento de sistemas adecuados de detección e intervención preventivas y de protección y seguridad, incidiendo especialmente en los ámbitos más propicios.

Una regulación integral de esta suerte debería igualmente ocuparse de la intervención concerniente a las manifestaciones delictivas en que se concreta el maltrato y al tratamiento de los maltratadores, en un marco de promoción de la cultura de la mediación y de las formas de justicia reparadora, y, como es obvio, sin renunciar al instrumento penal en los supuestos de fracaso reiterado o más graves.

Por último, habría de completarse con la creación y el refuerzo legislativo de las correspondientes estructuras e instancias administrativas especializadas, estableci-

das al mayor nivel, que se responsabilicen de la implementación de los principios y criterios legales -desarrollados a través de los oportunos planes y programas-, asegurando la provisión e intervención coordinada de los necesarios servicios (sanitarios, sociales, legales, policiales, etc.) e intervenciones públicas (de las diversas administraciones) y privadas en este ámbito, al igual que las importantes dotaciones presupuestarias de los consiguientes y permanentes recursos que se precisan para garantizar una financiación suficiente, estable y sostenible.